E

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 2

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUBERTÉ

liés à des troubles endocriniens thyro-ovariens

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Novembre 1924

PAR

AUGUSTE TAVIANI

Né à Ajaccio, le 1er janvier 1899

Ancien externe des Hôpitaux de Montpellier (1920-1922)
Ancien interne de l'Hôpital Général de Montpellier (1922)
Interne des Asiles (n° 1 : Concours de 1922)
Lauréat de la Faculté de Médecine
Lauréat de la Bourse Dubreuil (Concours 1919-20 et 1920-21)
Concours de Prix de fin d'année (Concours 1922-23 et 1923-24)
Diplômé d'Hygiène

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { EUZIÈRE, *President.* / ETIENNE. / CARRIEU. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

Imprimerie CAUSSE, GRAILLE et CASTELNAU

19, Avenue de Toulouse, 19

1924

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUBERTÉ

liés à des troubles endocriniens thyro-ovariens

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0016

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 2

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUBERTÉ

liés à des troubles endocriniens thyro-ovariens

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Novembre 1924

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

AUGUSTE TAVIANI

Né à Ajaccio, le 1er janvier 1899

Ancien externe des Hôpitaux de Montpellier (1920-1922)
Ancien interne de l'Hôpital Général de Montpellier (1922)
Interne des Asiles (n° 1 : Concours de 1922)
Lauréat de la Faculté de Médecine
Lauréat de la Bourse Dubreuil (Concours 1919-20 et 1920-21)
Concours de Prix de fin d'année (Concours 1922-23 et 1923-24)
Diplômé d'Hygiène

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { EUZIÈRE, *Président.* ETIENNE. CARRIEU. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

Imprimerie CAUSSE, GRAILLE et CASTELNAU

19, Avenue de Toulouse, 19

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON(CH).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, assesseur. ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (ch. d. c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL.

Secrétaires honoraires : MM GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	DELMAS (J.). prof.
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE.
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Stomatologie	TURCHINI.
Histologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT, GIRAUD, BOUDET, CARRIEU.	Chirurgie	RICHE, ETIENNE, LAPEYRE.
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchem.	P. DELMAS.
Chimie	FLORENCE	Physique	LAMARQUE.
Histoire natur	CABANNES, GALAVIELLE	Histologie	TURCHINI.
		Ophtalmogie	VILLARD.
		Phisiologie	HEDON (L.).

Examinateurs de la thèse :

MM. EUZIÈRE, prof., *prés.* — M. CARRIEU, agrégé.
ÉTIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Qui m'ont toujours soutenu de leur immense tendresse, animé de leur exemple et dont l'image chérie a accompagné toutes mes heures de travail.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Que j'unis dans un même sentiment de tendre amour fraternel et d'inaltérable attachement.

A MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT DES HOPITAUX ET DES ASILES
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIÈRE

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DE MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Nous le remercions vivement de nous avoir fait l'honneur de présider notre thèse. Il nous a toujours porté un grand intérêt, donné de bons conseils et instruit chaque jour. Qu'il nous permette de lui offrir ce modeste travail comme un hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR HONORAIRE
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Dont nous sommes fier d'avoir été l'élève. Il nous a guidé dans nos études et manifesté une bienveillance affectueuse et constante. Par son remarquable enseignement clinique il a su nous intéresser à la psychiatrie et nous la faire aimer. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre admiration et notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR
BLOUQUIER DE CLARET

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DU SAUVEUR DE GRÈCE

Par son exemple et ses affectueux conseils quotidiens a guidé nos efforts et nourri notre expérience pendant trois années de collaboration.

AVANT-PROPOS

« *La psychiâtrie est certainement quelque chose de plus que la psychologie pathologique et on peut être le meilleur psychologue sans être en même temps un bon psychiâtre.* »

Le psychiâtre, en effet, ne doit pas avoir seulement en vue l'étude de « l'âme » malade, mais l'ensemble de l'organisme.

Il ne doit pas considérer uniquement, pour l'explication des perturbations psychiques, les altérations de l'écorce cérébrale, mais aussi les altérations qui se passent dans les organes éloignés, par conséquent être médecin.

La nutrition des cellules de notre organisme est conditionnée par la constitution du sang et de la lymphe chargés de cette nutrition. Mais il est actuellement de notion courante que la constitution du sang et de la lymphe est régie par l'entrée en jeu des glandes endocrines.

Les variations humorales, quand elles se produisent, provoquent un retentissement, non seulement sur les cellules cérébrales mais sur les groupes cellulaires de tous les organes.

Un bon psychiâtre ne doit jamais négliger cette no-

tion. C'est ainsi que lorsqu'il ne pourra faire intervenir les influences du dehors dans la génèse de certains troubles psychiques, il pensera tout naturellement à l'influence endogène qui maintient l'équilibre du milieu intérieur, c'est-à-dire aux glandes endocrines. En effet, si dans les vésanies vraies il n'est pas permis le plus souvent de trouver des lésions macroscopiques ou microscopiques, des centres nerveux, nous croyons pouvoir expliquer certains états d'alinénation mentale par des troubles qui se passent dans l'intimité tissulaire, que nos moyens d'investigation actuelle ne nous permettent pas encore de déceler. On ne peut donc pas dire que l'anatomie pathologique des vésanies est inexistantes, car bien certainement, elle sera connue lorsque nous arriverons à pénétrer davantage la vie intime de la cellule.

De nombreux auteurs, Laignel-Lavastine et Parhon en particulier, ont montré le rôle de premier ordre joué par les altérations des glandes à sécrétion interne dans la genèse des troubles psychiques, à tel point que Münzer a parlé d'une « décentralisation de la psychiâtrie ».

C'est dans le même ordre d'idées que nous avons eu l'occasion d'observer depuis trois ans, à la clinique des maladies mentales de Montpellier, plusieurs jeunes malades présentant des troubles psychiques caractérisés par de la confusion mentale avec idées délirantes et phobies et des symptômes physiques faisant immédiatement penser à des altérations endocriniennes de la thyroïde et de l'ovaire principalement. Nous ferons plus loin l'exposé de nos observations et tâcherons d'en tirer les conclusions qui en découlent.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre gratitude à nos Maîtres, Messieurs les Doyens Mairet

et Euzière, professeurs de neuro-psychiâtrie. C'est grâce à leur enseignement clinique que la psychiâtrie, cette science si aride en apparence, mais combien féconde en résultats et qui domine toute la pathologie humaine, a toujours présenté pour nous un attrait puissant et un intérêt tout particulier.

Nous remercions respectueusement Monsieur le Professeur Ducamp et Monsieur le Professeur Agrégé Carrieu, qui ont toujours fait preuve à notre égard d'une affectueuse bienveillance pendant notre stage d'externat dans leur service, et nous ont fait aimer la médecine dans leurs admirables leçons cliniques.

Monsieur le Professeur Agrégé Etienne, qui a été pour nous le maître bienveillant et aimé dont le remarquable enseignement se complétait d'une sollicitude constante.

Monsieur le Professeur Mouret, professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie, pour la bienveillante attention qu'il veut bien nous porter comme assistant dans son service.

Monsieur le Docteur Hallion, membre de l'Académie de Médecine, qui a bien voulu nous fournir quelques données bibliographiques intéressant notre sujet.

Nous adressons nos remerciements et l'expression de notre grande reconnaissance à notre chef de clinique et ami Monsieur le Docteur Blouquier de Claret qui a été pour nous, non seulement un jeune maître compétent, aimable et modeste, mais aussi un ami dévoué et sincère, dont nous avons pu hautement apprécier la généreuse bonté et la grandeur d'âme.

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

La psychiâtrie d'origine endocrinienne est tout à fait récente et l'on peut dire que c'est Laignel-Lavastine, dans son très intéressant rapport au Congrès des médecins aliénistes de Dijon, en août 1908, qui lui a donné le jour et qui a présenté le premier travail d'ensemble important sur ce sujet. A tel point que l'on pourrait, à notre avis, diviser l'étude des perturbations psychiques en rapport avec des troubles endocriniens en deux périodes :

1° Une première période allant des recherches de Claude Bernard au rapport de Laignel-Lavastine en 1908, marqués par de grands progrès de la physiologie des sécrétions internes, et par des constatations cliniques du plus grand intérêt mais éparses, ne constituant pas un travail d'ensemble ;

2° Une deuxième période inaugurée par le rapport de Laignel-Lavastine au Congrès de Dijon, rapport remarquable sur lequel nous reviendrons plus longuement, où furent examinées les relations de causalité ou de coïncidence, entre les perturbations de toutes les glandes endocrines et les troubles psychiques concomitants. Ce travail, qui est à la fois une synthèse des connaissances acquises et un exposé lumineux d'hypothèses séduisantes, allait être le point de départ d'investigations nouvelles.

Dans la première période, deux noms viennent au

tout premier plan : Claude Bernard et Brown Séquard. Claude Bernard vit, le premier, que « *le monde psychique ne se passe point du monde physico-chimique* ».

A la suite de ses mémorables recherches sur la fonction glycogénique du foie, de 1855 à 1880, il établit l'existence de sécrétions internes. « Il est, dit-il, une autre catégorie d'organes qui se rapprochent des organes glandulaires avec cette différence qu'étant dépourvus de conduits excréteurs, ils doivent déverser le produit de leur sécrétion dans le sang lui-même. C'est ce que nous avons désigné sous le nom de sécrétions internes pour les distinguer des sécrétions externes dont les produits sont versés au dehors du sang ».

Brown Séquard créa expérimentalement l'opothérapie en 1889.

Dès lors la voie fut ouverte à la compréhension de beaucoup de troubles morbides, psychiques et physiques et l'on institua une thérapeutique raisonnée et dans beaucoup de cas efficace.

Gley, que nous retrouverons encore dans notre étude, s'attacha à mettre en relief la physiologie des glandes à sécrétions internes soutenant Brown-Séquard et ses idées sur une thérapeutique nouvelle accueillie au début avec un scepticisme railleur.

Et tandis que la physiologie des glandes à sécrétion interne, sous l'impulsion de Claude Bernard, Brown-Séquard et Gley, faisait des progrès remarquables, la clinique décrivait déjà des affections en rapport avec les lésions de certaines glandes, la thyroïde en particulier.

Dès 1873, Gull, de Londres, avait décrit, sous le nom d' « état crétinoïde », des troubles rattachés à l'insuffisance thyroïdienne et caractérisés physiquement par

une infiltration de téguments produisant le facies en pleine lune, une peau sèche et rugueuse, la chute des poils et, psychiquement, par la torpeur, l'apathie, l'hébétude, une somnolence invincible. Ce fut la première étude du myxœdème de l'adulte. En 1874, des publications signalaient la concomitance de troubles psychiques et nerveux et de goîtres exophtalmiques (Delasiaune 1874, Robertson 1875).

Bourneville, en 1880, décrivit, sous le nom « d'idiotie myxœdémateuse », le myxœdème de l'enfant, caractérisé, comme celui de l'adulte, par l'infiltration de téguments, la bouffissure du visage et un aspect d'hébétude, d'apathie, de stupidité tout spécial.

Reverdin, en 1882, montra que l'affection décrite par Gull chez l'adulte, et Bourneville chez l'enfant, s'observait à la suite de la thyroïdectomie pour goître chez l'un comme chez l'autre. Ce fut là une découverte capitale qui conduisait directement au traitement pathogénique du myxœdème: l'opothérapie thyroïdienne.

Mais la connaissance très incomplète des glandes vasculaires sanguines, dont Claude Bernard venait à peine de faire admettre l'existence, ne permettait pas à ce moment de comprendre toute la portée de ces constatations cliniques.

Ne fallait-il pas, en effet, connaître d'abord ce que sont ces glandes à sécrétions internes, tâcher de pénétrer leur mécanisme intime, de préciser leur rôle physiologique dans un organisme normal pour pouvoir mieux déterminer les phénomènes morbides de tout ordre, consécutifs aux lésions de ces mêmes glandes.

Brown-Séquard, en établissant la doctrine des sécrétions internes, avait ouvert à la physiologie un champ nouveau de recherches. Gley, continuant son œuvre, la

rendit féconde en résultats. Il montra les sécrétions internes qu'il appela « hormozones », agissant synergiquement grâce au concours de la circulation sanguine et contribuer ainsi à maintenir dans l'organisme normal un équilibre qui, une fois rompu, donnait lieu à des phénomènes pathologiques les plus variés.

Ces phénomènes pathologiques pouvant présenter la plus grande diversité et se produire dans tous les domaines de l'économie, il apparut alors clairement que l'organisme tout entier était sous la domination de glandes à sécrétions internes qui contribuaient à sa formation, son développement et son entretien.

Un monde pathologique nouveau était ainsi découvert. Il fallait l'explorer.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces considérations générales qui nous écarteraient de notre sujet.

Ces notions nouvelles allaient jeter un peu de lumière sur quelques chapitres obscurs de la psychiâtrie.

Médecins et psychiâtres ne tardèrent pas à s'apercevoir quel rôle de premier ordre semblait devoir jouer en aliénation mentale, plus encore que dans les autres branches de la pathologie, cette science des glandes à sécrétions internes qui venait d'éclore.

Nous nous bornerons à signaler brièvement quels travaux mirent en relief le rôle de la glande thyroïde et de l'ovaire dans la génèse de certains troubles psychiques.

En même temps que se poursuivaient les recherches physiologiques, la clinique venait corroborer les résultats acquis, susciter des hypothèses nouvelles.

Dobrick, en Allemagne, essaya l'opothérapie ovarienne chez sept aliénés atteints de confusion mentale et obtint des résultats appréciables.

Reinhold traita des aliénés porteurs de goître par l'extrait thyroïdien. Saint Florian étudia l'opothérapie thyroïdienne. Limbourg signala que les troubles psychiques de la démence catatonique paraissent en rapport avec les dysfonctions thyroïdiennes.

Biros, en décembre 1904, insiste sur la fréquence des troubles thyroïdiens chez les mélancoliques.

Dide et Perrin de la Touche signalent l'importance des lésions thyroïdiennes chez les mélancoliques et les maniaques.

Parhon, en 1904, signale un cas de mélancolie avec hypertrophie de la thyroïde succédant à la ménopause.

Léopold Levi et H. de Rothschild présentent une étude sur la neurasthénie thyroïdienne au Congrès des Aliénistes et Neurologistes français de Genève-Lausanne, en 1907.

Sollier et Chartier, en 1908, étudient les effets de l'opothérapie ovarienne et hypophysaire dans certains troubles mentaux.

Régis, au Congrès de la Rochelle, en 1894, sur la question des psychoses toxiques, avait parlé de psychoses endotoxiques à côté de psychoses exotoxiques.

Il n'y avait plus qu'un pas à faire pour transformer le terme « endotoxique » par le terme « endocrinien ».

C'est Laignel-Lavastine, qui le fit, créant pour ainsi dire la psychiâtrie endocrinienne dans son rapport lumineux du Congrès de Dijon, en 1908.

Il admit que les glandes à sécrétion interne, parmi lesquelles l'ovaire et surtout la glande thyroïde, peuvent entraîner, par leur perturbation, des troubles psychiques caractérisés, au point de vue sémiologique, par la confusion mentale, la torpeur, l'amnésie, le délire onirique.

Allant plus loin, il envisage dans un avenir prochain l'explication de tel syndrome neuropsychique donné par un trouble connu glandulaire.

« Mais, faisant un pas de plus, dit-il, après avoir admis les psychoses toxiques d'origine endocrinienne, je me demande si les psychoses toxiques à type de confusion mentale résument toute la sémiologie psychique qui peut relever de troubles de sécrétions internes, et s'il ne serait pas possible d'admettre que certaines nuances nerveuses et psychiques, changement d'humeur et variété de caractère, qu'on étiquette de termes divers: nervosisme, neurasthénie, psychasthénie, voire même certaines poussées maniaques ou mélancoliques, puissent être sous la dépendance de variations plus ou moins légères dans le fonctionnement d'une ou de plusieurs glandes endocrines. Et, peut-être, dans cette voie, dans l'analyse des troubles de la vie affective qui reflète mieux que la vie intellectuelle les moindres changements fonctionnels, trouvera-t-on, plus facilement que dans l'étude des syndromes massifs de confusion mentale, les caractères sémiologiques particuliers qui, unis aux critères anatomo-pathologiques et opothérapiques, permettraient, dans un avenir plus ou moins éloigné, de rapprocher tel trouble neuropsychique de tel trouble glandulaire. »

Dans son rapport, Laignel-Lavastine envisage tout d'abord ce qu'il a appelé le pôle psychique, c'est-à-dire les troubles psychiques dans les syndromes glandulaires, et ensuite le pôle glandulaire c'est-à-dire les troubles glandulaires dans les syndromes psychiques.

Nous nous bornerons à signaler ici ce qui, dans cette étude, a rapport aux deux glandes que nous avons en vue dans notre travail: la thyroïde et l'ovaire.

Laignel-Lavastine distingue donc deux chapitres:

A. — *Troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens*

Il divise ces troubles ainsi:

a) *Troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne,* comprenant:

1° L'état mental des myxœdémateux où l'on trouve tous les degrés, depuis l'idiotie myxœdémateuse jusqu'à la forme la plus atténuée de l'infantilisme myxœdémateux sans troubles intellectuels.

2° Les troubles psychiques dans le syndrome fruste d'hypothyroïdie, comprenant: l'infantilisme, l'arriération physique et mentale, l'hypothyroïdie bénigne chronique ou syndrome d'Hertogue, le tempérament hypothyroïdien, la neurasthénie thyroïdienne.

b) *Troubles psychiques dans le syndrome d'excitation thyroïdienne,* comprenant: les syndromes de Basedow classiques et les syndromes de la série basedowienne; dans l'un comme dans l'autre cas, ces troubles revêtent la forme de psychoses d'intoxication.

B. — *Troubles psychiques dans les syndromes ovariens*

Ils se divisent ainsi:

a) *Troubles psychiques de la puberté.* — On trouve presque constamment un état mental particulier aux jeunes filles à l'époque de la puberté, qui paraît être lié à l'éclosion de la fonction ovarienne.

Cet état mental est plus marqué chez les dysménorrhéiques. La diminution de la résistance de l'organisme en pleine transformation à la puberté, explique la fréquence de psychoses chez la femme à cette période.

« La coïncidence de la confusion mentale avec la puberté plus ou moins troublée, marquée de symptômes d'insuffisance ovarienne, la disparition de la psychose à caractère toxique après opothérapie ovarienne, permettent de soutenir qu'à la puberté la sécrétion interne du corps jeune retentit sur l'état mental ».

b) *Troubles psychiques de la menstruation.* — La menstruation crée également un état mental spécial, pouvant aboutir à de véritables psychoses démontrées toxiques expérimentalement.

c) *Troubles psychiques de la grossesse.* — Troubles élémentaires ou véritables psychoses, pouvant dépendre directement de la grossesse et prenant un caractère toxique.

d) *Psychoses de suites de couches.* — Infectieuses pour la plupart ou encore par auto-intoxication.

e) *Troubles psychiques de la castration.* — Constatés surtout après des castrations chirurgicales.

f) *Troubles psychiques de la ménopause.* — La ménopause agit comme cause occasionnelle de psychoses les plus diverses, et comme cause déterminante de troubles psychiques éléemntaires semblables à ceux de la puberté et de la menstruation et de psychoses de caractère toxique à forme de confusion mentale principalement.

Dans ce cas, la ménopause n'agit pas par le seul mécanisme de l'insuffisance ovarienne, mais aussi par

l'intermédiaire d'autres organes, la thyroïde en particulier.

g) *Troubles psychiques de l'insuffisance ovarienne.* — On les trouve aux diverses phases de la vie génitale de la femme et sont rapportés à l'insuffisance ovarienne. Cette insuffisance ovarienne se caractérise psychiquement par l'affaiblissement de la mémoire, les modifications du caractère, l'irritabilité, la tendance à l'hypocondrie, la tristesse, les idées de suicide.

Par opposition à l'insuffisance ovarienne on a décrit un syndrome d'hyperovarie, caractérisé par l'érétisme utéro-ovarien que nous avons constaté souvent comme point de départ d'états pithiatiques; les douleurs locales, les congestions, les hémorragies, ces dernières surtout dues à une activité exagérée de l'ovaire.

Tel est le plan suivi par Laignel-Lavastine dans la première partie de son rapport en ce qui concerne les troubles psychiques liés aux perturbations de la thyroïde et de l'ovaire. Il est d'une grande clarté et d'une conception clinique admirable.

L'insuffisance ovarienne, principalement, est étudiée d'une façon complète aux diverses périodes où elle se manifeste. Elle apparaît comme un facteur de premier ordre dans la vie psychique de la femme, soit qu'elle intervienne seule dans les troubles qu'on observe, soit qu'elle détermine en même temps l'entrée en jeu d'autres glandes, la thyroïde en premier lieu.

Etudiant ensuite les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires, Laignel-Lavastine signale entre autres, les syndromes pluriglandulaires à prédominance thyroïdienne dans lesquels des perturbations neuro-psychiques et vasomotrices réalisant tantôt le

tableau clinique du myxœdémateux, tantôt celui du basedowien, révèlent en même temps que les troubles thyroïdiens, la concomitance de l'insuffisance ovarienne.

Dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance génitale, le même auteur met en relief l'importance de l'association morbide thyro-ovarienne et les troubles psychiques qui l'accompagnent. Dans la symptomatologie de l'insuffisance ovarienne, on trouve fréquemment des signes de goître exophtalmique fruste, tels que la tachycardie, le tremblement, l'irritabilité, les céphalées, le vertige, ce qui démontre nettement une liaison étroite entre la thyroïde et l'ovaire.

Dans la deuxième partie de son rapport, Laignel-Lavastine étudiant le pôle glandulaire, met en lumière l'existence, confirmée dans de nombreux cas par l'anatomie pathologique et l'opothérapie, de troubles glandulaires dans les syndromes psychiques les plus divers, en particulier dans la démence précoce, la confusion mentale, la mélancolie, l'hystérie et la neurasthénie. L'opothérapie ovarienne et thyroïdienne a donné, d'après Laignel-Lavastine, des résultats dans de nombreux cas de confusion mentale, de démence précoce et de neurasthénie.

Et cet auteur conclut à l'existence d'un rapport de causalité entre ces perturbations de glandes à sécrétion interne et des troubles psychiques concomitants. Restait à savoir à quoi il était possible de reconnaître l'origine glandulaire de ces troubles et s'il était permis d'attribuer certains troubles psychiques à des perturbations endocriniennes, même quand celles-ci ne seraient pas facilement appréciables. Sur ces deux points, l'auteur demande les avis des psychiâtres.

Régis, au même Congrès de Dijon, pense également

à un rapport de causalité entre les perturbations de glandes à sécrétion interne et les troubles psychiques concomitants, qui se présentent toujours dans ce cas, sous la forme de psychoses d'intoxication avec confusion mentale, torpeur, amnésie, délire onirique, anxiété.

Claude et Léopold Lévi soutiennent également les idées exposées par Laignel-Lavastine qui termine son rapport en exprimant l'espoir de pouvoir rapprocher, dans un avenir plus ou moins éloigné, tel trouble neuropsychique nettement déterminé à tel trouble neuroglandulaire donné.

Si nous avons exposé un peu longuement peut-être les idées émises par Laignel-Lavastine au Congrès de Dijon en 1908, c'est qu'il nous a paru que son travail constituait plus qu'une mise au point de tout ce qui avait paru jusqu'alors au sujet du rôle joué en psychiâtrie par les glandes à sécrétions internes, la thyroïde et l'ovaire en particulier.

L'auteur ne s'est pas contenté de signaler, comme on l'avait fait précédemment, l'influence probable des sécrétions internes dans la génèse de certains troubles psychiques; il a étudié toutes les glandes endocrines et les syndromes neuropsychiques paraissant être en liaison plus ou moins étroite avec les modifications des sécrétions internes de chacune de ces glandes. Il a étudié ensuite les corrélations interglandulaires existant d'une façon permanente à l'état normal pouvant donner lieu à l'état pathologique, aux syndromes neuropsychiques des plus complexes. Il a signalé tout particulièrement la liaison thyro-ovarienne intervenant dans la genèse des troubles mentaux éclatant aux diverses étapes de la vie génitale de la femme, le tableau clinique étant presque toujours le même: confusion mentale, prédominante, amnésie, hébétude, torpeur, délire onirique.

Cette division dans le travail a apporté une grande clarté sur des idées encore nébuleuses et c'est un grand honneur pour Laignel-Lavastine d'avoir en même temps, par des hypothèses nouvelles, tracé le chemin à suivre dans l'avenir.

Avant le Congrès de Dijon, on n'avait, sur les relations thyro-ovariennes avec les troubles mentaux, que des données imprécises et éparses, en dépit de nombreuses publications déjà parues. L'esprit clair et synthétique de Laignel-Lavastine apporta la précision et la lumière, indiqua le sens des recherches à faire et le but à poursuivre.

Des travaux importants ne tardèrent pas à se faire jour.

Laignel-Lavastine, en 1908, avait posé l'hypothèse de la psychose maniaco-dépressive due à une perturbation thyroïdienne.

Parhon, en 1910, dans son rapport sur les troubles glandulaires chez les aliénés, pose nettement l'axiome suivant: que la psychose maniaco-dépressive est en rapport avec les perturbations du corps thyroïde.

En 1911, Léopold Lévi et Henri de Rothschild, décrivent les premiers les troubles de l'instabilité thyroïdienne entre autres la « psycholepsie » ou chute de la tension psychologique et développent leur premier travail du Congrès de Genève, en 1907.

Mme J. Bon, dans sa thèse, décrit un délire thyroïdien vrai.

Euzière et Margarot, en 1913, signalent un syndrome épileptique lié à l'hyperthyroïdie.

Souques, la même année, constate les rapports étroits entre certains troubles mentaux, certains arrêts de dé-

veloppement et les altérations fonctionnelles de la thyroïde : il conclut que le goître exophtalmique est une « thyroïdose ».

Parhon, Mme Mateesco et Tupa, en 1913, généralisent et pensent que toutes les fonctions psychiques sont en grande partie réglées par la thyroïde.

Austrègesilo Pinheiro et Marquès montrent que l'insuffisance thyroïdienne peut à elle seule expliquer un niveau intellectuel inférieur.

En 1914, Parhon et Odobesco décrivent un syndrome psychoglandulaire caractérisé au point de vue psychique par une grande irascibilité et des idées de persécution mal systématisées et au point de vue somatique par des troubles ovariens et thyroïdiens.

En 1914 et 1915, Laignel-Lavastine étudie à nouveau l'existence des rapports neurothyroïdiens et surtout psychothyroïdiens, les uns dus à des lésions organiques soit par agénésie soit par perturbation du métabolisme, les autres venant de rapports fonctionnels physiogénétiques à la suite de troubles ovariens ou psychogénétiques post-émotionnels.

Carpenter, en 1916, fait un remarquable travail sur les sécrétions internes dans les psychoses.

Federici Nicolino cite, en 1917, un cas d'hytérie grave guérie par l'ovariectomie double.

En 1918 Hoxie George Howard cite le cas d'une malade présentant des crises de confusion mentale prédominantes aux périodes cataméniales et qui fut guérie par l'administration de corps jaune. Gœtsch, de Baltimore, remarquant la sensibilité particulière des hyperthyroïdiens, même frustes, à l'adrénaline, vit là un réactif possible de l'hyperthyroïdisme et précisa les conditions de recherche de ce signe.

En 1919, Laignel-Lavastine publie une observation de délire mélancolique lié à une sclérose thyroïdienne.

Nobécourt étudie l'hypothyroïdie de la puberté.

Tilmant fait une étude approfondie sur les relations entre le goître exophtalmique et l'insuffisance ovarienne.

Claude, en 1920, fait une nouvelle étude sur l'équilibre endocrinien.

Laignel-Lavastine continuant ses travaux sur la psychiâtrie endocrinienne, fait, en 1921, une mise au point des psychoses thyroïdiennes au sujet desquelles il émet de nouvelles hypothèses très séduisantes. Il constate que c'est chez la femme que l'on trouve les exemples les plus nombreux et les plus variés, et cela provient de l'existence d'un organe, l'ovaire, « dont les modifications périodiques ont un retentissement psychique tel qu'il illumine véritablement toute la psychologie féminine ».

Il souligne cependant le rôle important joué par l'hérédité dans les psychoses thyro-ovariennes et pense qu'il s'agit, non plus d'hérédité psychologique, mais d'une hérédité glandulaire.

Appliquant à la psychiâtrie la théorie du choc colloïdal due au professeur Widal, Laignel-Lavastine émet l'hypothèse que les troubles psychiques d'origine thyroïdienne sont, peut-être, dus aux modifications colloïdales qui se produisent dans les humeurs, soit par choc, soit d'une manière psychogénétique. Ainsi, l'émotion entraînerait des modifications humorales se traduisant par des perturbations de l'équilibre colloïdal. C'est pourquoi on constate au cours des fortes émotions, de la leucopénie et la chute de la tension artérielle, phénomènes qui ont créé l'expression commune « avoir les sangs tournés ».

La thyroïde étant, par excellence, selon l'heureuse expression de Léopold Lévi « la glande de l'émotion », il est facile de comprendre l'importance des troubles thyroïdiens dans la collaïdoclasie.

Ainsi, Laignel-Lavastine, après avoir créé, pour ainsi dire, la psychiâtrie endocrinienne au Congrès de 1908 créa, en 1921, la « psychiâtrie colloïdale » et expliqua cette nouvelle hypothèse d'une façon ingénieuse par son schéma du rectangle.

En 1922, de nombreux ouvrages et publications apportent chaque jour une lumière nouvelle à l'étude des psychoses thyro-ovariennes.

Gley présente de nouvelles recherches pleines d'intérêt sur la physiopathologie des sécrétions internes.

Parisot et Richard indiquent le mode d'exploration clinique des insuffisants thyroïdiens et créent le « signe de la thyroïde ».

En 1923, Laignel-Lavastine met en relief le rôle du sympathique en pathologie mentale et ses relations avec les glandes endocrines.

Parisot et Richard étudient le mode d'exploration clinique de toutes les glandes endocrines, précisent et complètent les diverses techniques des épreuves tets.

Coulaud, dans la *Revue pratique de Biologie appliquée,* cite de nombreux cas de goîtres simples ou basedowiens avec troubles psychiques et traités avec succès par l'opothérapie ovarienne.

H. Damaye étudie l'influence de l'élément sécrétion interne sur le psychisme normal et sur ses perturbations.

Blouquier de Claret et nous-même signalions, en juillet 1923, à la Société des Sciences médicales de Montpellier, le cas de deux jeunes filles soignées à la clinique

de neuro-psychiâtrie et chez lesquelles les troubles mentaux d'origine pluriglandulaires, thyro-ovarienne en particulier, rétrocédèrent en grande partie devant le traitement opothérapique.

En 1924, Lazarewitch de Bordeaux cite un nouveau cas de syndrome thyro-ovarien de la ménopause.

Combemale, de Lille, publie deux observations de malades ayant présenté des troubles mentaux, l'une après ovariectomie, l'autre par insuffisance ovarienne constitutionnelle. Toutes deux guérirent par le traitement opothérapique.

Hallion étudie les rapports fonctionnels thyro-ovariens et les troubles mentaux liés à la sécrétion ovarienne.

Nous arrêterons là notre énumération, n'ayant nullement la prétention de vouloir mentionner tous les nombreux et captivants travaux parus jusqu'à ce jour sur la question qui nous intéresse, en nous excusant, auprès de leurs auteurs de n'avoir pu les citer dans le cadre restreint de notre ouvrage.

Dans le vaste domaine pathologique créé par l'étude de plus en plus approfondie des glandes à sécrétions internes, notre attention a été attirée par la constance de certains troubles psychiques caractérisés par la confusion mentale, les idées délirantes, les phobies liés à des perturbations thyro-ovariennes.

Depuis trois ans que nous suivons des malades à la clinique de psychiâtrie de Montpellier, nous avons constaté un rapport de solidarité incontestable entre l'association glandulaire thyro-ovarienne et certaines psychoses.

Nous avons étudié également des troubles psychiques d'origine thyro-testiculaire, mais la glande intersti-

tielle chez l'homme, semble jouer un rôle bien moins important que la glande intertitielle chez la femme. La prédisposition féminine est manifeste.

Chez un grand nombre de nos malades, nous avons observé des psychoses survenues aux divers incidents de la vie génitale : puberté, menstruation, grossesse, accouchement, aménorrhée, ménopause.

Parmi les cas observés, les plus nombreux sont ceux de psychoses postpuerpérales à allure confusionnelle se terminant souvent par la chronicité à forme de démence précoce et ceux de psychoses de la ménopause, caractérisée par la mélancolie et l'anxité avec délire de persécution mal systématisé, se terminant, dans la majorité des cas par la mort par épuisement toxi-infectieux ou sombrant dans la démence sénile.

A plusieurs reprises, nous avons soigné des troubles psychiques coïncidant avec la grossesse, disparaissant avec elle.

Mais ce sont les troubles psychiques pubéraux et post-pubéraux qui nous ont particulièrement intéressés, surtout certains troubles prenant l'aspect de psychoses toxi-infectieuses et caractérisées par un état confusionnel prédominant, des phobies, du délire onirique. Ils coïncident avec des syndromes de perturbations thyro-ovariennes cliniquement décelables, et des accidents graves surtout gastro-intestinaux, ainsi qu'un mauvais état général.

Tous ces phénomènes pathologiques, psychiques et physiques, prenant naissance aux diverses périodes de la vie génitale de la femme, présentent un fond commun et dans leur tableau clinique où domine la confusion mentale, le délire, les phobies, et dans leurs rapports de causalité avec les glandes à sécrétion interne

où l'ovaire et la thyroïde jouent un rôle prépondérant, sinon exclusif.

Toutefois, laissant de côté délibérément les perturbations psychiques de la puerpéralité, de la ménopause, nous étudierons dans notre ouvrage les seuls troubles psychiques de la période pubérale liés aux perturbations thyro-ovariennes.

Nous diviserons notre travail en huit chapitres et adopterons le plan suivant :

I. — Essai de compréhension des rapports fonctionnels thyro-ovariens.
II. — Observations cliniques.
III. — Interprétation des observations.
IV. — Etiologie et essai pathogénique.
V. — Diagnostic.
VI. — Evolution et pronostic.
VII. — Traitement.
VIII. — Conclusions.

Le plan de travail que nous nous proposons de suivre, présente une grande lacune. Il n'y a pas de chapitre anatomo-pathologique. Les divers cas examinés dans notre thèse, ont tous évolué favorablement et se sont terminés par la guérison.

Avant d'en arriver à l'exposé des observations, nous avons jugé utile d'examiner les rapports fonctionnels thyro-ovariens, de tâcher d'en pénétrer le mécanisme intime et d'en donner une interprétation.

CHAPITRE I

ESSAI DE COMPRÉHENSION DES RAPPORTS FONCTIONNELS THYRO-OVARIENS

Depuis de nombreuses années déjà un grand nombre de données médicales ont montré une influence bien nette des fonctions génitales, chez la femme surtout, sur la fonction thyroïdienne.

Il est de notion courante que le corps thyroïde s'hypertrophie pendant la grossesse. Le gonflement thyroïdien rétrocède le plus souvent dans les intervalles, mais incomplètement. Honoré de Chailly a cité le cas d'une femme présentant un goître qui s'est développé par poussées successives à chaque grossesse et a fini par déterminer la mort.

De même un goître simple se formant lors d'une grossesse a pu se basedowifier lors d'une grossesse ultérieure.

L'hypertrophie du corps thyroïde plus ou moins accentuée, se produisant chez la femme aux périodes menstruelles est aussi un fait d'observation courante.

De même, l'époque de la puberté qui marque l'éveil de la fonction ovarienne s'accompagne toujours de mo-

difications du corps thyroïde caractérisées ordinairement par l'augmentation de volume. S'il est vrai que le plus souvent ces modifications sont légères et éphémères, il n'en demeure pas moins que la puberté est, chez la femme, l'âge de prédilection pour le développement des goîtres et l'apparition du syndrome de Basedow.

Chez de nombreuses espèces d'animaux, on a constaté des modifications du corps thyroïde à l'époque du rut, ainsi que le signale Hallion.

On a fait remarquer également que la défloration suffit à accroître le volume du cou. C'est une notion qui remonte à l'antiquité et l'on cite à ce sujet quelques malicieux épigrammes de Catulle.

La période de la ménopause est également propice aux perturbations thyroïdiennes. Les goîtres apparaissent chez la femme jusqu'alors indemne de troubles thyroïdiens. Dans d'autres cas, des goîtres jusqu'alors simples prennent le type basedowien et se compliquent d'accidents graves neuropsychiques.

On peut rappeler enfin que des troubles ovariens ont parfois été les précurseurs d'une maladie de Basedow qu'ils ont, tout au moins apparemment, aidé à provoquer.

Ces modifications locales se produisant chez la femme aux diverses périodes de sa vie génitale et qui s'accompagnent de perturbations générales physiques et psychiques et surtout de troubles du caractère, paraissent être conditionnés par les modifications existant au niveau de l'ovaire. Ainsi s'explique le vieil adage : « *Tota mulier in ovario* ».

Il est donc admis que l'ovaire et la thyroïde constituent un groupe glandulaire étroitement uni. Partant de cette idée, certains auteurs, comme Parhon et Gold-

stein ont voulu voir un antagonisme entre l'action du corps thyroïde et celle de l'ovaire. D'autres, au contraire, tels Charrin et Jardy ont soutenu la thèse opposée: celle d'une synergie thyro-ovarienne.

En faveur de leur théorie d'antagonisme, Parhon et Goldstein invoquent la fréquence de l'hyperthyroïdisme lié à l'insuffisance ovarienne, principalement à la puberté et à la ménopause et présentant des symptômes communs: aménorrhée, tachycardie, bouffées de chaleur, congestion de la tête. De même, tandis que la thyroïde est la glande de l'amaigrissement, l'ovaire favorise le développement de la graisse. Mais ces arguments ne démontrent pas autre chose qu'une divergence fonctionnelle entre le corps thyroïde et l'ovaire, ce qui n'implique pas nécessairement une action élective de l'un sur l'autre au point que l'on puisse penser à une interrelation thyro-ovarienne stricte.

Parhon et Goldstein invoquent un autre argument intéressant. A l'autopsie d'une tuberculeuse à qui on avait fait une hystérectomie totale, ils ont remarqué une sécrétion de matière colloïde exagérée dans le corps thyroïde et ils rapprochent leur observation des expériences d'ovariotomie faites par Cecca. Mais cela ne suffit pas non plus pour affirmer une action inhibitrice de l'ovaire sur la thyroïde. D'autres auteurs ayant produit expérimentalement chez l'animal de l'hypertrophie thyroïdienne après ovariotomie en cherchent la cause directe dans un ralentissement du métabolisme d'où résulterait un excès de produits imparfaitement élaborés stimulant la fonction du corps thyroïde.

A l'opposé de Parhon et Goldstein, Charrin et Jardy admettent l'idée d'une synergie thyro-ovarienne. Chose paradoxale en apparence, ces auteurs ont invoqué,

pour défendre leur thèse de la synergie, un argument employé par Parhon et Goldstein pour défendre la thèse de l'antagonisme, à savoir que lorsque l'une des deux glandes en question entre en hyperfonctionnement, l'autre se trouve en hypofonctionnement et vice versa. Interprétant cette donnée clinique d'une autre façon, Charrin et Jardy ont objecté: « Rien ne nous empêche de dire: l'ovaire et le corps thyroïde sont synergiques car toutes les fois que l'ovaire est en défaut, le corps thyroïde s'hypertrophie pour le suppléer ».

Que penser de ces deux thèses diamétralement opposées?

Elles ne paraissent pas irréductibles. Il est permis d'admettre entre la thyroïde et l'ovaire l'existence de rapports fonctionnels qui ne nécessitent ni un antagonisme permanent ni une action synergique constante, mais tantôt l'un, tantôt l'autre.

Par amour de la simplification, il ne faut pas voir dans deux organes solidaires des forces antagonistes ou synergiques.

« Qu'il y ait, dit Gley, des relations de glande à glande, c'est une des données fondamentales que la théorie des sécrétions internes a apportées, et le nier ce serait nier en grande partie cette doctrine même. Mais ce que je critique, c'est la théorie insuffisamment démontrée des relations réciproques. »

Entre la thyroïde et l'ovaire existe, semble-t-il, le même processus physiologique qu'entre le système sympathique et le système parasympathique qui exercent souvent des fonctions antagonistes mais qui sont tous deux au service de l'organisme et savent coordonner leur action quand le bien-être de cet organisme en dépend.

Il faut cependant admettre qu'un organe donné exerce une action sur un autre organe dans certaines circonstances déterminées et c'est de cette façon que nous tâcherons de mettre en relief la nature des rapports fonctionnels thyro-ovariens.

Tout d'abord, quels sont les éléments de ces relations? Pendant des années, le système nerveux, régnant en maître dans toutes les autres relations organiques, a été seul admis. Mais on a constaté que même lorsque l'action du système nerveux était éliminée, les rapports thyro-ovariens ne variaient presque pas. On ne tarda pas à voir dans le sang un élément de premier ordre et on admet partout aujourd'hui qu'il joue le principal rôle.

L'ovaire, comme la thyroïde, agissent par leurs sécrétions internes: cela a été prouvé expérimentalement et tout porte à croire que les deux glandes sont en relation étroite par leurs hormones. Il n'est malheureusement pas possible de donner des preuves suffisantes à l'appui de cette conception mais il y a des faits très nombreux qui la justifient.

Hallion, qui a fait sur les rapports fonctionnels thyro-ovariens une étude dont nous nous inspirons largement, cite un fait expérimental personnel qui apporte un appui précieux à l'interprétation endocrinienne des phénomènes en question.

La conception que les hormones respectives de la thyroïde et de l'ovaire sont les agents actifs de leurs rapports, devient très forte si l'on démontre que dans l'ovaire il se forme une substance qui a une action élective sur la thyroïde. Hallion pense avoir établi dans le tissu ovarien l'existence d'une pareille substance:

« Injectant, dit-il, par la voie veineuse, de l'extrait

d'ovaire à des chiens dont j'explorais simultanément plusieurs organes, parmi lesquels la glande thyroïde, je recueillais les tracés de volume de chacun d'eux en même temps que j'inscrivais les variations de la pression artérielle. Or, j'ai vu les injections dont je parle provoquer dans le corps thyroïde des augmentations de volume, indice d'un gonflement de ces vaisseaux. La congestion sanguine qui se manifestait ainsi n'était pas une de ces vasodilatations passives qu'engendrent mécaniquement des élévations de la pression artérielle, car je l'ai vue coïncider non pas avec une élévation mais avec une baisse de celle-ci et contraster avec une diminution synchrome du volume du rein, organe exploré en même temps par comparaison. La vasodilatation thyroïdienne provoquée par l'extrait ovarien n'était donc pas un phénomène généralisé et c'était, d'autre part, une manifestation vasomotrice dont il restait à se demander le lieu d'origine.

Le corps thyroïde, comme j'ai eu l'occasion de le vérifier pour ma part dans une étude que j'ai faite de son innervation vasculaire avec François Frank, reçoit par le nerf laryngé supérieur, des filets vaso-dilatateurs très bien caractérisés. L'action de l'extrait ovarien ne s'exerçait-elle pas sur les centres nerveux dont ces filets sont les émissaires? Non, du moins, pas exclusivement car la section préalable du nerf laryngé supérieur n'empêchait pas l'action vaso-dilatatrice thyroïdienne de l'extrait d'ovaire; cette action avait donc un mécanisme local qui entrait en jeu dans la glande même, lorsque la substance ovarienne charriée par le sang y avait une fois pénétré. »

Comme on le voit, le fait expérimental que signale Hallion, est de la plus haute importance. A la suite de

ses expériences il conçoit, pour en interpréter le résultat, les deux hypothèses suivantes :

Ou bien il existe dans les vaisseaux du corps thyroïde une certaine particularité de constitution qui leur confère la propriété de réagir à l'extrait ovarien et cette particularité serait expliquée par la symbiose de ces vaisseaux avec les cellules glandulaires spécifiques.

Ou bien il y a une action primitive de la substance ovarienne sur les cellules glandulaires thyroïdiennes qui excitent les vaisseaux, qui les baignent et produisent une vaso-dilatation consécutive « adaptant ainsi la circulation locale aux variétés d'activité de l'élément sécrétoire ».

Les expériences de Hallion présentent un grand intérêt thérapeutique. Elles concordent avec les faits cliniques d'opothérapie décrits par Dalché. Dalché a insisté, en effet, sur l'action favorable de l'extrait thyroïdien et de l'hémato-éthyroïdine dans l'hyperthyroïdisme à type Basedow survenu à la suite de perturbations ovariennes.

Physiologiquement, avons-nous une preuve de plus de l'action de l'ovaire sur le corps thyroïde par voie de sécrétion interne? Rigoureusement, on ne saurait répondre par l'affirmative. Qui nous dit qu'on ne puisse obtenir par l'administration d'un extrait d'organe à des malades des résultats remarquables sans que la substance active de cet extrait passe dans le milieu sanguin et qu'elle agisse comme une hormone? Les constatations d'ordre morphologique ne permettent pas de conclure à l'existence de rapport direct entre les organes intéressés.

On n'a, en effet, aucune preuve formelle à l'appui des hypothèses ci-dessus exprimées si séduisantes et si vraisemblables qu'elles puissent être.

Il semble qu'il soit encore téméraire de conclure à un processus de sécrétion endocrine dans un organe donné, même après avoir tiré de cet organe une substance ayant une activité bien définie et spécifique.

Nous concluerons donc en disant qu'il n'existe pas encore de démonstration décisive d'une sécrétion interne d'origine ovarienne ayant une électivité toute spécifique pour le corps thyroïde.

L'étude des rapports fonctionnels thyro-ovariens ne permet pas d'en établir pratiquement la preuve, actuellement du moins.

Et cependant, il nous a semblé trouver des rapports intimes entre les fonctions de ces deux glandes dont le dysfonctionnement se traduit par des troubles psychiques durables lorsqu'on n'arrive pas à suppléer à leur déficience, ou à rétablir leur fonctionnement normal.

Les faits que nous allons maintenant apporter nous semblent bien confirmer cette manière de voir.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation Première

prise dans le service de MM. les Professeurs Mairet et Euzière, Doyens de la Faculté de Médecine de Montpellier. Professeurs de Clinique de Neuro-psychiâtrie.

Marie-N. M..., 20 ans, dactylographe, entrée le 6 mai 1922, à la Clinique des maladies mentales avec le certificat médical suivant de M. le Professeur Euzière: « Est atteinte d'aliénation mentale à forme d'agitation maniaque ».

Les renseignements fournis par la mère de la malade nous apprennent que Marie M... a été réglée tardivement, à l'âge de 15 ans, et est dysménorrhéique depuis. Les règles ont été certains mois absentes, d'autres fois irrégulières et toujours douloureuses. Les périodes menstruelles coïncident avec des troubles du caractère: émotivité exagérée et peur, accès de colère.

A 18 ans, à la suite de la mort de son père, elle a eu une crise de nerfs avec sensation de boule épigastrique. Le sentiment de peur est devenu plus vif, ainsi que l'émotivité. La nuit, le moindre bruit l'effrayait, la faisait crier, si bien que sa mère était obligée de partager sa chambre pour la calmer.

Le mois dernier, n'ayant pas été réglée, se sent très énervée depuis et souffre de migraines fréquentes.

Il y a huit jours, a cru voir un homme qui la suivait pendant qu'elle était allée chercher de l'eau: elle a eu peur et est rentrée chez elle toute tremblante et égarée.

Depuis, est continuellement apeurée, présente de l'agitation maniaque et un délire confus, incohérent, où dominent des idées amoureuses.

Dans les antécédents personnels de la malade, on nous signale encore une fièvre scarlatine bénigne à l'âge de 7 ans.

Marie M... qui a été à l'école dès l'âge de 6 ans, a toujours été très intelligente et attentive, mais se montrait parfois turbulente et s'attirait ainsi des punitions. D'autres fois, au contraire, pendant la récréation, s'éloignait de ses camarades et on la trouvait dans une cour toute seule, rêveuse.

A subi avec succès les examens du certificat d'études et du brevet élémentaire. Puis a appris la sténodactylographie et travaillé comme dactylographe, depuis l'âge de 17 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans, diabétique. Mère en bonne santé. Un père émotif, nerveux. Rien à signaler chez les autres parents et collatéraux au point de vue aliénation mentale.

Marie M..., examinée le jour même de son entrée, se présente l'aspect égaré, l'air étonné, les cheveux et les vêtements en désordre, l'agitation est extrême, et les gestes gauches, furtifs, inachevés, hésitants, indiquent des intentions incertaines. Elle ne cesse de délirer, présente de la fuite des idées, prononce des phrases incomplètes ou sans suite, telles que: « Je vois mes ancêtres qui... Maintenant je vois le Christ ». La parole est hési-

tante, basse, bégayante, parfois bredouillante et incompréhensible.

Les hallucinations visuelles sont très vives et probablement effrayantes, car la malade se débat violemment et par moments essaye de fuir ou de se cacher.

Les illusions de fausse reconnaissance sont nombreuses, ainsi la malade croit que l'infirmière qui la soigne est sa cousine. Les hallucinations visuelles forment un vrai délire onirique. La malade est dans un monde imaginaire différent du réel, le plus souvent, mais par moment le réel et l'imaginaire sont intimement mêlés.

Elle a cependant un sentiment vague du trouble de son esprit, semble chercher, faire effort, a le désir de débrouiller le chaos de sa pensée, mais en est impuissante et sa physionomie exprime l'étonnement.

L'état confusionnel, l'incohérence sont ainsi très accentués. La lucidité est obnubilée. Il y a un désordre général de l'activité psychique et de l'intelligence.

Il est impossible, vu la surexcitation, de faire un examen physique complet, nous notons cependant du dermographisme et de l'hyperesthésie plus vive au niveau de l'abdomen, ainsi que la fétidité de l'haleine et des congestions passagères de la face.

La malade est maintenue au lit et nous portons le diagnostic suivant: « Accès de manie aiguë et confusion mentale chez une prédisposée ».

Pendant deux jours, rien de changé dans l'état de Marie M... L'agitation maniaque demeure aussi forte, l'alimentation est refusée et nous avons recours au gavage.

Puis, subitement, le 8 mai, il y a une forte poussée fébrile: 39°, coïncidant avec la réapparition incomplète des menstrues.

Pendant deux ou trois jours, la température est élevée le soir. L'agitation diminue légèrement, la confusion mentale s'accentue: Marie M... semble ne pas entendre ni comprendre nos questions, ne sait même pas répondre, dire son nom, son âge. Il y a désorientation auto, allo-psychique et dans le temps. Un délire onirique, qui n'arrive pas à se systématiser, l'absorbe en entier. Elle parle à voix basse avec des personnages imaginaires ou des personnes absentes: sa mère, son fiancé.

L'attention est particulièrement touchée. Il y a une aboulie manifeste. L'attention instinctive et spontanée l'emporte sur l'attention consciente. Elle est très instable et hésitante. Les fonctions intellectuelles sont perturbées, du moins en surface. Le raisonnement est incohérent, le jugement vicié. Toutefois, quand on arrive à fixer l'attention de la malade et qu'elle peut, pour un bien court moment d'ailleurs, faire un effort de pensée consciente, on obtient un raisonnement bien déduit, logique. La mémoire est également atteinte. La malade présente de l'amnésie de fixation: elle vit uniquement de l'instant présent et de son délire onirique. Son aboulie et sa distraction l'empêchent de saisir les phénomènes extérieurs, de les organiser et les lier afin de pouvoir les fixer. L'amnésie d'évocation est encore plus marquée: il est impossible à Marie M... de se souvenir de faits anciens, même qui ont fait date dans sa vie: telle la mort de son père, par exemple.

Malgré ces divers troubles psychiques, il est possible maintenant de faire un examen physique.

La malade a beaucoup maigri, les yeux sont cernés, les traits tirés, le regard terne et fixe. La peau est moite, l'amaigrissement considérable.

Les saillies claviculaires et costales sont marquées, ainsi que les creux sus et sous-claviculaires. Le cou est un peu gros par suite d'une légère hypertrophie thyroïdienne. L'abdomen est en cuvette.

L'examen des divers appareils nous révèle:

1° A l'*appareil pulmonaire:* de la congestion de la base droite avec présence de sous-crépitants et submatité;

2° Rien d'anormal à l'appareil circulatoire, à part l'accélération du pouls que semble devoir expliquer, pour le moment, la température à 38°;

3° Du côté de l'appareil digestif, la fétidité de l'haleine, une langue sèche et saburrale, de l'inappétence, des gargouillements et de la douleur à la palpation dans les fosses iliaques, du ballonnement, de la diarrhée avec présence de mélæna.

L'examen du système nerveux révèle de l'hyperéflectivité, du tremblement des membres, du myœdème, de l'incoordination motrice.

Les troubles digestifs nous ayant porté tout d'abord vers l'idée d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, nous recherchons successivement l'Eberth, les para A et B par l'hémoculture et le séro-diagnostic de Widal. Ces résultats sont négatifs.

L'analyse complète des urines, rares et très hautes en couleur, révèle seulement de grosses quantités d'urates et de phosphates, mais il n'y a pas trace d'albumine.

Les troubles intestinaux s'amendent le 14 mai et la malade consent à s'alimenter légèrement, mais la confusion mentale est extrême, la désorientation totale,

nous n'obtenons aucune réponse, même aux questions les plus simples.

Puis, de nouveau, la température s'élève, coïncidant, cette fois-ci, avec une recrudescence de l'agitation locomotrice. Les troubles intestinaux deviennent plus violents: il y a de la diarrhée, les selles sont fréquentes, les fèces fétides, verdâtres, sans mélæna cependant. Nous pensons à une infection gastro-intestinale banale à coli bacille. Néanmoins, comme la courbe thermique présente une allure ondulante, nous recherchons le mélitocoque par l'hémoculture et le séro-diagnostic de Wright. Les résultats sont négatifs.

Ayant trouvé dans un nouvel examen à l'appareil pulmonaire quelques râles secs et de la submatité au sommet gauche, nous nous demandons si cette nouvelle poussée fébrile n'est pas due à la bacillose.

La réaction de Besredka est négative à deux reprises.

Un examen du sang nous donne le résultat suivant, à la date du 20 mai:

1° *Numération:*

Globules rouges: 4.050.000.
Globules blancs: 15.200.

2° *Formule leucocytaire:*

Lymphocytes: 4.
Gros et moyens mononucléaires: 16.
Polynucléaires: neutrophiles, 77;
éosinophile, 1.

Taux hémoglobine au Tallqwist: 80 p. 100.

Résistance globulaire normale: début hémolyse: sol. à 4 p. 1000; hémolyse totale: sol. à 3 p. 1000.

Valeur globulaire diminuée: 0,85.

L'examen du sang révèle donc une infection certaine mais n'en indique pas l'origine. L'augmentation des mononucléaires (18 au lieu de 8 à 10) amène vers l'idée d'une tuberculose, mais le peu de lymphocytes (4) en éloigne.

Le résultat négatif de la réaction de Besredka en éloigne encore davantage. D'autre part, l'hémoculture et le séro de Wright étant négatifs, on doit abandonner l'idée de fièvre de Malte.

Nous maintenons donc notre premier diagnostic d'entérite banale à coli-bacille.

Comme traitement, nous employons le repos au lit et l'isolement, l'hydrothérapie qui agit en même temps sur la fièvre et l'agitation maniaque sous forme de bain à 25°, avec compresses froides autour de la tête et d'antithermiques (pyramidon). L'anorexie est complète.

L'alimentation par gavage est reprise.

Nous donnons trois fois par jour: un litre de lait, 150 grammes de sucre, 150 grammes d'huile et à midi seulement un jaune d'œuf.

La courbe thermique continuant à présenter des oscillations irrégulières, nous provoquons le 22 juin un abcès de fixation, en injectant 1 cc. d'essence de térébenthine dans la région supéro-externe de la cuisse droite. Nous faisons en même temps de l'électrargol intraveineux.

L'abcès donne lieu à une poussée thermique assez forte, puis la température baisse brusquement et redevient normale. Nous reproduisons ci-joint la courbe thermique.

L'abcès de fixation, qui n'a produit aucune amélioration de l'état psychique de notre malade, semble avoir influé favorablement sur l'état physique.

Les phénomènes intestinaux s'amendent, puis disparaissent complètement vers la fin du mois de juin, après une période de constipation efficacement combattue par le sulfate de soude à doses filées et de lavements glycérinés.

La malade est également beaucoup moins surexcitée physiquement et psychiquement. La confusion mentale, au contraire, va croissant et se transforme certains jours en véritable stupeur: la jeune fille a le facies hébété, laisse écouler la salive par la commissure des lèvres, rit stupidement. Toute activité psychique est suspendue. Elle est immobile, inerte, inexpressive ou bien présente des attitudes stéréotypées et parfois même de la catatonie.

Les phobies passent inaperçues, l'état de stupeur étant prépondérant.

Les menstrues, disparues depuis le 9 mai n'étant pas reparues, nous instituons, le 25 juin, le traitement opothérapique avec de l'extrait d'ovaire à la dose de 0 gr. 20 d'extrait total pendant dix jours, puis, après un repos d'une semaine, nous recommençons avec une dose supérieure jusqu'à 0 gr. 50 par jour.

Le traitement est cessé le 15 juillet n'ayant pas donné de résultats appréciables et ayant provoqué, d'autre part, des troubles du rythme cardiaque.

L'état de la malade demeure inchangé durant tout le mois de juillet. Elle ne cause pas le plus souvent, n'a pas l'air d'écouter ni d'entendre ce qu'on lui dit. Par moment, elle articule des phrases incohérentes, des mots incompréhensibles, présente un délire onirique

très vague et imprécis. Le plus souvent, c'est la prostration, l'hébétude, la suspension complète de l'activité physique et psychique qui forment le tableau clinique. Cette confusion mentale aiguë, stupide, s'accompagne, à partir du 7 juillet, de gâtisme, principalement d'incontinence urinaire.

La malade s'alimente cependant toute seule et suffisamment et augmente de poids.

Au mois d'août, une légère amélioration se dessine, le regard devient vif et intelligent. L'état de stupeur disparaît, cédant la place à une confusion mentale beaucoup moins aiguë avec des moments de lucidité de plus en plus fréquents.

Le délire chaotique disparaît également et il ne reste plus que quelques hallucinations psycho-sensorielles intermittentes, principalement auditives.

Les choses du monde extérieur impressionnent la malade, par moment; elle reconnaît bien les personnes qui la soignent, mais ne peut arriver à dire leurs noms.

Bientôt les progrès sont plus nets. Marie M... commence à répondre à quelques questions; elle n'est plus aussi désorientée. Sa mémoire endormie se réveille lentement comme si elle sortait d'un long rêve; la malade tâche de se souvenir de ce qui s'est passé.

Il y a des éclaircies heureuses pendant lesquelles elle cause convenablement avec ses voisines et les infirmières.

Physiquement, elle continue à augmenter de poids. Le teint redevient frais. Les diverses fonctions de l'économie s'accomplissent mieux et régulièrement.

Du gâtisme, il reste l'incontinence urinaire intermittente. L'aménorrhée persiste.

Convaincus que ces troubles sont en rapport avec un

déséquilibre endocrinien, dans lequel la thyroïde et l'ovaire jouent le principal rôle, nous essayons d'étudier chez Marie M..., actuellement très calme, quelques tests de ces deux glandes. Nous avons refait plusieurs fois nos expériences et obtenu des résultats assez imprécis. Nous les publions toutefois, car ils nous ont révélé un léger hyperthyroïdisme ainsi que de l'insuffisance ovarienne.

Recherche du signe de la thyroïde de Parisot et Richard (injection de 1 gr. d'extrait thyroïdien).

Repères avant l'injection:

Pouls: 92.

Réflexe oculo-cardiaque: moyenne —12.

Tension: Mx, 16; Mn, 7.

Réactions se produisant dix minutes après l'injection et de dix en dix minutes, pendant trois quarts d'heure.

Pouls: 84, 79, 80, 78; moyenne: 80.

R. O. C.: —18, —15, —19, —17; moyenne, —17.

Tension: Mx, 15; Mn, 7.

Cette épreuve est légèrement positive pour un hyperthyroïdisme fruste qui semble avoir été confirmé par d'autres épreuves test à l'adrénaline de Gœtsch modifiée par Bloch et d'après la technique de Parisot et Richard:

Ingestion de 100 gr. de sucre dans 250 grammes d'eau et injection intramusculaire dans la fesse de un demi milligramme d'adrénaline en solution à 1 p. 2000.

Repères dix minutes avant l'injection.

Pouls, 90.

R. O. C.: 13.

Tension: Mx, 17; Mn, 8.

Glycosurie: néant.

Réactions se produisant dix minutes plus tard et de dix en dix minutes pendant une heure.

Poul: moyenne 98.

Tension, moyenne: Mx, 18; Mn, 8,5.

Glycosurie: 2 gr. 50.

Comme troubles fonctionnels, la pâleur et la mydriase ont été observées.

Il ne nous a pas été possible de faire d'autres recherches et en particulier de déterminer le métabolisme basal.

Mais nous avons trouvé le signe de Maranon positif, le réflexe oculo-cardiaque exagéré: —13.

Nos recherches, bien qu'incomplètes, confirment notre hypothèse de légère déviation de la fonction thyroïdienne en hyper.

Nous avons étudié chez notre malade la fonction ovarienne par la recherche du « signe de l'ovaire » de Richard et Parisot, par l'injection intramusculaire de 1 gr. d'extrait d'ovaire en deux ampoules de Carrion.

Les troubles vaso-moteurs consécutifs à cette injection, ont été à peine marqués.

Avant l'injection:

Tension: Mx, 17; Mn,8.

Pouls: 90.

R. O. C.: —13.

Réactions dix minutes après l'injection et de dix en dix minutes.

Tension: Mx, 17; Mn, 8.

Pouls: 86.

R. O. C.: —14.

Cette épreuve confirme également notre opinion de perturbation ovarienne dans le sens de l'insuffisance.

Nous avons, en dernier lieu, eu recours à l'opodiagnostic de Harrover: en administrant à la malade, selon la technique, et avec doses indiquées par Parisot et Richard, de l'extrait thyroïdien pendant trois jours. Nous avons noté une *notable élévation du pouls* qui a passé de 90 *pulsations à* 102, indice d'irritabilité thyroïdienne selon Harrover.

A la suite de ces différentes recherches, nous reprenons en septembre le traitement opothérapique avec l'extrait d'ovaire à la dose de début de 0 gr. 20 d'extrait total et selon la technique de la première fois.

En même temps, aux dates correspondant aux périodes menstruelles, nous provoquons de la congestion pelvienne par des douches périnéales chaudes et l'application de sangsues au niveau des grandes lèvres.

Cette fois-ci, nous remarquons, au bout de trois semaines, que la malade prend un facies de plus en plus éclairé et une amélioration de l'état mental se précise; la confusion mentale cède peu à peu du terrain, il reste de l'embrouillement intellectuel, de l'amnésie d'évocation et de l'amnésie lacunaire. La malade cause dans la journée parfois assez longuement et son raisonnement est souvent clair, bien enchaîné. Elle se souvient d'avoir été bien malade, mais comme d'un mauvais rêve sur lequel elle ne peut fournir de détails.

Elle se rend compte de son état et désire guérir complètement.

Le sentiment de peur, si violent à l'entrée à l'Asile, est bien plus faible, néanmoins Marie M... tressaille encore instinctivement quand elle entend du bruit et s'émotionne vite.

L'aménorrhée persiste, l'incontinence urinaire est seulement nocturne et de plus en plus rare.

Pendant tout le mois d'octobre, les progrès vers la guérison sont très nets: la jeune fille demande de l'occupation pour éviter l'ennui. Les mouvements sont plus vifs, plus précis. Il n'existe plus de tremblements. L'embrouillement intellectuel est moins accentué, mais encore assez net: ainsi les souvenirs de ce qu'elle a appris à l'école sont encore flous, l'amnésie d'évocation est rebelle.

L'incontinence urinaire a disparu peu à peu, grâce aux efforts que fait la malade pour se réveiller la nuit et uriner; seule l'aménorrhée persiste en dépit de l'opothérapie ovarienne des douches périnéales chaudes et des massages.

Au début de novembre, la mère de Marie M... trouve qu'elle peut soigner sa fille chez elle et désire vivement la reprendre.

Il y a, en effet, sinon guérison, du moins une très grande amélioration: physiquement, Marie a augmenté de 8 kilos, le teint est frais, l'aspect général florissant. Au point de vue mental, il reste seulement de l'amnésie lacunaire, portant principalement sur la période de l'accès confusionnel aigu et de l'émotivité parfois exagérée.

Marie M... sort en congé d'essai d'un mois, le 20 novembre 1922, et nous lui conseillons fermement de continuer le traitement opothérapique.

Nous avons l'occasion de revoir cette jeune fille avec sa mère, en février 1923. Notre ancienne malade semble complètement guérie. Les menstrues sont revenues quelques jours après sa sortie de l'Asile, et, dit-elle, elle a ressenti un grand bien-être.

Elle ne présente plus aucun trouble apparent actuellement, et nous fait part de son prochain mariage.

Dans cette observation, que nous avons essayé de faire aussi complète que possible, il nous a paru utile d'insister sur les troubles gastro-intestinaux accompagnés de fièvre élevée de la première période de la maladie qui ont influé sur l'état général et ont été en rapport avec les accès d'agitation maniaque. Mais ces troubles fuyants et superficiels proviennent fort probablement d'une toxi-infection conditionnée elle-même par d'autres perturbations plus importantes que nous avons pu seulement mettre en évidence et qu'il a été impossible d'étudier d'aussi près qu'il aurait été désirable, par suite de l'état de la malade.

Ce sont les perturbations thyro-ovariennes qui, à notre avis, ont joué le principal rôle dans la genèse des troubles psychiques que nous avons précédemment relatés. Ces perturbations thyro-ovariennes expliqueraient donc en définitive, sinon en totalité du moins en grande partie, les troubles psychiques: les phobies et l'état confusionnel exagéré jusqu'à la stupeur qu'a présentés Marie M...

Quel en a été le mécanisme? La thyroïde et l'ovaire sont-elles seules en cause? Voilà ce que nous n'avons pas pu préciser.

Cliniquement, il nous a semblé constater une fois de plus les relations étroites entre certaines déviations

glandulaires, principalement thyro-ovariennes et des troubles psychiques caractérisés par les phobies, la confusion mentale, les hallucinations psycho-sensorielles. Et c'est pour cela qu'il nous a paru utile de signaler le cas de Marie M...

Observation II

Elisabeth S..., 16 ans et demi, exerçant le métier de bergère dans l'Aveyron, entre à la clinique des maladies mentales, le 1er juillet 1924, avec le certificat médical suivant: « Délire hallucinatoire, phobies et confusion mentale ayant débuté à la suite d'un arrêt brusque de la menstruation ».

Le début remonterait au mois de janvier 1924. Elisabeth S... gardait ses brebis lorsqu'un individu qui la poursuivait depuis longtemps de ses assiduités, essaya de se livrer sur elle à des actes de violence. Elle en éprouva une grande frayeur, qui eut pour effet d'arrêter brusquement ses règles alors qu'elle se trouvait en pleine période cataméniale.

Deux jours plus tard, elle se plaignit de douleurs lancinantes dans le bas ventre, à gauche, qui s'accompagnèrent de fièvre élevée avec délire. La malade avait des hallucinations visuelles contribuant à constituer un délire onirique non systématisé, trahissant un grand désordre intellectuel et dans lequel elle voyait tantôt l'homme qui l'avait poursuivie se dresser devant elle et la menacer, tantôt son troupeau de brebis, tantôt encore le diable qui la terrorisait. A cela s'ajoutaient des hallucinations auditives; tantôt c'étaient des voix inconnues qui criaient des sottises, d'autres fois c'était son père mort depuis longtemps qui lui parlait, lui faisait peur. Des hallucinations olfactives et gustatives complétaient le délire de la malade qui, craignant que

la nourriture qu'on lui donnait ne fut empoisonnée, refusait toute alimentation.

Ces diverses hallucinations psycho-sensorielles s'accompagnaient de confusion mentale. Elisabeth S... ne se souvenait plus de rien sur sa vie antérieure. L'amnésie d'évocation était totale. Elle avait une peur exagérée au moindre bruit; principalement la nuit. Alors elle s'agitait, criait, essayait de se lever et de fuir. Il lui était impossible de fixer son attention sur les gens et les choses, sur tout ce qui se passait autour d'elle. Seule, une interpellation brusque, un éclat de voix, le bruit d'une porte violemment fermée fixait momentanément son attention, tout en éveillant en elle le sentiment de peur. Le raisonnement était confus, le jugement apparemment suspendu.

Au bout de huit jours, aucune amélioration n'étant survenue, Elisabeth est emmenée à l'hospice de Saint-Affrique.

Là elle se montre toujours égarée, confuse, agitée et surtout peureuse.

Les hallucinations auditives, visuelles, gustatives continuent à être très vives. Aucune nourriture n'est acceptée par crainte d'empoisonnement et cet état d'inanition qui dure depuis dix jours, affaiblit considérablement la malade. On fait alors l'alimentation artificielle par le gavage à la sonde.

En même temps, la malade se plaint de bouffées de chaleur au visage et de picotements sur le cuir chevelu. Au contraire, les pieds et les mains sont froids et on est obligé de les chauffer avec des bouillottes! cependant la fièvre a diminué et les douleurs au bas-ventre se sont calmées.

Au mois de février 1924, la malade est transférée à

l'asile de Rodez. Là, aucun changement au début; elle ne se rend pas du tout compte de son état ni de l'endroit où elle se trouve.

Il y a une inadaptation complète à l'existence réelle. Si on ne la surveillait pas, elle tomberait souvent en bas de son lit par erreur sur la situation spatiale.

La malade se croit dans son village en train de garder ses brebis et les appelle; son délire onirique continue mais n'arrive pas à se cristalliser d'une manière un peu systématique.

Elle n'est pas agitée, mais elle a toujours des hallucinations auditives et visuelles, avec frayeurs, surtout nocturnes, continue à refuser toute nourriture et se renferme, le plus souvent, dans un mutisme absolu, quand on l'interroge.

Au point de vue physique, Elisabeth présente des troubles gastro-intestinaux, avec des crises de constipation durant plusieurs jours, suivies de périodes diarrhéiques et élévation thermique. Ces troubles disparaissent au bout d'une semaine, ainsi que la fièvre. Les règles ne sont pas revenues.

Elisabeth peut se lever un peu dans la journée, mais est toujours aussi confuse et désorientée. Dans sa marche hésitante, elle ne sait pas éviter les obstacles et doit être l'objet d'une surveillance de tous les instants.

Au mois de mai, elle commence à aller mieux, s'alimente un peu, parle par moments avec ses voisines, mais son raisonnement n'est pas lié; elle ne trouve pas le mot pour exprimer ce qu'elle pense, bredouille, bégaye. L'aménorrhée persiste.

Les progrès continuent pendant le mois de juin, la malade reprend des forces, s'occupe à des travaux de couture, commence à se rendre compte de son état ;

mais il lui reste encore des hallucinations, principalement auditives et le sentiment de peur. La confusion mentale s'amende un peu chaque jour. La mémoire revient très lentement. L'amnésie porte surtout sur la première période de la maladie. Physiquement Elisabeth souffre encore de bouffées de chaleur à la tête, de refroidissement des extrémités et de douleurs au bas ventre intermittentes, accompagnées de nausées, de vomissements et d'épistaxis coïncidant avec la date où les menstrues auraient dû apparaître.

L'aménorrhée en effet persiste depuis le début de la maladie. Les progrès psychiques s'accentuent, l'état confusionnel principalement s'améliore pendant le mois de juin.

Le 1er juillet, Elisabeth est transférée à l'Asile de Montpellier et arrive dans notre service.

Antécédents personnels. — A eu la coqueluche à l'âge de 8 ans, la rougeole à 11 ans, dans son jeune âge elle était très émotive et se mettait facilement en colère. Est allée à l'école dès l'âge de 6 ans. Très intelligente, était toujours la première en classe et avait une très bonne mémoire. Cependant, elle ne pouvait travailler autant qu'elle l'aurait désiré, était obligée d'aider son père nourricier qui labourait.

Réglée à 12 ans, les menstrues ont été depuis, souvent irrégulières et toujours douloureuses et abondantes.

Dès l'âge de 13 ans, elles disparaissent pendant un mois ou deux, pius reparaissent très abondantes, c'est alors qu'Elisabeth commence à souffrir de maux de tête violents, de douleurs au bas ventre, de vomissements et d'épistaxis répétés. En même temps se produisent des modifications du caractère qui devient irri-

Elisabeth S..., en période confusionnelle

table, émotif ; depuis un an, l'écoulement menstruel était insuffisant et souvent absent.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, d'une attaque, nous dit-elle, probablement de congestion, car il était alcoolique.

Mère morte jeune de suite de couches. Dix grossesses, une fausse couche, neuf enfants vivants à terme ; trois meurent entre 1 et 3 ans, de méningite et de grippe, un meurt de la grippe à 18 ans, un autre tué à la guerre. Parmi ceux qui sont encore en vie, une sœur et deux frères sont actuellement bien portants.

Rien à signaler du côté d'autres parents plus ou moins rapprochés au point de vue aliénation mentale.

Elisabeth S... est examinée dans le service le lendemain de son arrivée.

Examen psychique. — Elle se présente à nous timidement et avec quelque résistance, échauche de négativisme. Le facies exprime l'inquiétude, les yeux sont brillants, le regard légèrement figé. Au début, la malade ne répond pas à notre interrogatoire, est émue et un peu égarée ; finalement, elle parle, nous dit bien son nom, son âge ; est bien orientée dans le temps et l'espace.

Depuis son arrivée dans le service, elle affirme n'avoir plus que rarement des hallucinations auditives, visuelles et gustatives. Elle a bon appétit, ne craint plus d'être empoisonnée et dort bien la nuit. Mais elle est encore peureuse, surtout quand elle est seule. Nous remarquons, d'autre part, de la lenteur dans ses réponses. Il lui faut faire un effort et réfléchir longuement pour répondre à des questions même simples. La mémoire est engourdie. La malade ne possède plus que

des souvenirs flous sur ce qu'elle a appris à l'école; ne se souvient plus qu'elle est la capitale de l'Angleterre, de l'Espagne, se trompe dans les calculs simples, mais si on la fait recommencer, elle trouve juste en cherchant pendant un certain temps.

Elle se plaint de « perdre la tête », d'avoir son « cerveau vide » par moments. Ces sensations, elle les avait beaucoup plus fortes il y a deux mois. Elle se rend compte de son impuissance mentale quand il s'agit, par exemple de prendre une décision, de diriger ses pensées, d'évoquer des souvenirs naguère encore très vivaces.

Il reste un état confusionnel assez net chez Elisabeth, plus accentué par moment, en même temps que de l'irritabilité et de l'émotivité facile à déclancher.

Les mouvements sont encore lourds, indécis et maladroits, surtout lorsqu'il s'agit d'exécuter un travail demandant la fixation de l'attention, la concentration de la pensée, comme la broderie par exemple.

A l'*examen somatique,* Elisabeth nous frappe par son facies pâle, une légère exophtalmie et de l'hypertrophie du corps thyroïde.

Suffisamment développée pour son âge, elle présente un état général nettement déficient et de l'amaigrissement, par suite de la longue période d'alimentation insuffisante pendant les premiers mois de la maladie et des troubles digestifs concomitants.

L'examen des différents appareils ne révèle rien d'anormal au poumon. A l'appareil circulatoire, de la tachycardie. Pouls à 95 et des souffles d'anémie dans les vaisseaux de la base du cou.

La tension artérielle au sphygmotensiomètre Vaquez-Laubry, est la suivante:

Mx 17 — Mn 8

L'examen de l'appareil digestif ne révèle rien d'anormal au niveau du foie, de l'estomac, de la rate. Une zone douloureuse au niveau du côlon descendant.

L'*analyse des urines* décèle des *traces d'albumine;* à la palpation de la partie inférieure de l'abdomen nous *trouvons un point douloureux* au *niveau de l'ovaire gauche.*

A ce niveau, d'ailleurs, la malade ressent par moments des douleurs lancinantes spontanées, s'irradiant dans le haut des cuisses.

L'examen du système nerveux ne révèle aucune modification du côté de la motilité et de la sensibilité.

La réflectivité est exagérée: les réflexes tendineux, rotuliens surtout, et les réflexes cutanés sont très vifs. Les réflexes pupillaires sont normaux; la pupille droite est irrégulière. On note du tremblement très fin généralisé.

L'aménorrhée et la douleur au niveau de l'ovaire gauche, l'hypertrophie légère du corps thyroïde et la présence d'exophtalmie, nous font penser à l'existence de perturbations thyro-ovariennes coïncidant avec du déséquilibre du système neuro-végétatif et nous dirigeons nos recherches de ce côté.

Nous trouvons des troubles vaso-moteurs manifestes, du dermographisme se produisant même après une friction légère, nettement marqué à la partie supérieure du thorax, des plaques congestives se produisant spontanément au niveau du cou et de la face, à la moindre émotion.

1° Le signe de Maranon est positif et provoque un érythème très net;

2° Le réflexe oculo-cardiaque recherché à plusieurs reprises est fortement positif et donne une moyenne de —20-25.

3° L'épreuve de l'atropine produit un relèvement de la tension:

Mx: 17,5; — Mn: 9

et de la tachycardie. Pouls à 115, ainsi que de la mydriase.

4° L'épreuve de Lœvi est négative.

Donc, nous avons affaire à une malade présentant du déséquilibre de son système neuro-végétatif avec prédominance parasympathique probable.

Nous étudions quelques tests de la thyroïde et de l'ovaire:

1° La recherche du « signe de la thyroïde » de Parisot et Richard, donne un résultat positif.

Le pouls est ralenti: 78 pulsations.

Il y a chute de la tension artérielle: Mx 15; Mn 8.

Exagération légère du réflexe oculo-cardiaque: —30.

2° L'épreuve à l'adrénaline de Gœtsch est douteuse.

3° L'épreuve de la quinine de Bram nous donne de meilleurs résultats. L'ingestion de 16 cachets de bromhydrate de quinine, à 0 gr. 50, en quatre jours, à raison de 2 grammes de quinine par jour, n'entraîne pas de troubles d'intolérance.

Du côté de l'ovaire, la recherche du « signe de l'ovaire » ne nous donne pas des résultats aussi nets que dans nos précédentes observations:

Tension artérielle: Mx: 16,5; Mn: 8

Pouls: 92.

Toutefois ces diverses expériences nous permettent de conclure à des déviations certaines de la sécrétion interne thyro-ovarienne et de préciser notre diagnostic.

Elisabeth S... paraît avoir réalisé, sous l'influence de troubles endocriniens très probablement thyro-ovariens, un état mental que, rétrospectivement, on peut

caractériser de la façon suivante : confusion mentale et sentiment de peur, hallucinations psycho-sensorielles et illusion de fausse reconnaissance. Cet état psychique a coïncidé avec une suspension des règles qui ne sont pas, du reste, réapparues.

Nous instituons le traitement ovarien quatre jours après l'entrée de la malade dans notre service. Nous donnons de l'extrait d'ovaire sous la forme de deux cachets par jour de 10 centigr. chacun. A ce traitement opothérapique, nous joignons le traitement hydrothérapique sous forme de bains tièdes et de douches en pluie. Nous donnons également des pédiluves chauds et prescrivons du repos au lit. Notre malade ne présente aucune amélioration les premiers temps. Elle se montre même plus irritable, plus énervée, peureuse la nuit. D'autres jours, au contraire, elle est complètement confuse, égarée, désorientée, ne reconnaissant plus personne et se renferme dans un mutisme presque absolu. On ne peut obtenir de réponse que par des questions brusques et concises.

Le traitement n'est pas interrompu. Cependant, au bout de deux semaines, il se produit des progrès notables. L'émotivité diminue, ainsi que la peur. La mémoire se dégage ; la malade prend conscience de sa personnalité, cause par moments, son raisonnement est mieux coordonné, de même ses réponses sont plus rapides, plus précises.

Elisabeth S... est cependant portée à mentir fréquemment et quand on la réprimande, se montre facilement irritable et grossière. Néanmoins les progrès psychiques et physiques se poursuivent en août et en septembre. La confusion mentale et la peur disparaissent peu à peu. La malade reconnaît bien son entourage, est

bien orientée dans le temps et l'espace. L'automatisme disparaît, cédant la place à des gestes précis, à des réponses réfléchies. L'irritabilité diminue, l'hypertrophie thyroïdienne devient à peine décelable, l'exophtalmie disparaît. Toutefois, les céphalées persistent plus violentes et accompagnées d'épistaxis une fois par mois, aux périodes qui devraient coïncider avec les menstrues toujours absentes.

Le 20 septembre, il y a comme une rechute: les troubles psychiques reparaissent: état confusionnel accentué et peur. En même temps, se produisent des nausées, des vomissements, des céphalées; et la douleur au niveau de l'ovaire gauche, qui avait totalement disparu, se fait de nouveau sentir très vive.

Le 23 septembre, les menstrues disparues depuis le mois de janvier, début de la maladie, reviennent, et en quelques jours, les troubles physiques et psychiques s'amendent et disparaissent. Les règles durent trois jours, sont suffisamment abondantes, ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux.

Examinée de nouveau à la date du 15 octobre 1924, Elisabeth S... nous apparaît presque normale. Elle se sent très améliorée depuis le retour des règles. Nous ne trouvons plus de douleur à la pression au niveau de l'ovaire gauche. Il n'y a plus de tachycardie; pouls à 75, ni d'hypertrophie thyroïdienne. Les forces physiques sont revenues ainsi que le désir de travailler.

Au point de vue psychique, il ne reste plus qu'une légère émotivité et quelques lacunes de la mémoire: ainsi le souvenir de sa maladie est assez vague.

En somme Elisabeth S... peut être considérée dès à présent comme guérie et nous envisageons sa sortie de l'Asile comme très proche.

Elisabeth S..., une semaine avant de quitter l'asile

Ce qui frappe le plus dans cette observation, c'est comme dans le cas précédemment cité, la présence de troubles gastro-intestinaux aigus accompagnant les troubles mentaux et caractéristiques d'une toxi-infection manifeste.

L'origine de cette toxi-infection semble devoir être recherchée dans les modifications pathologiques de la thyroïde et de l'ovaire.

La confusion mentale, ici également, est prédominante et le tableau clinique de psychose toxi-infectieuse est au complet.

Comme dans l'observation précédente, les troubles thyroïdiens prennent ici le type basedowien, mais d'une façon plus nette.

Les perturbations ovariennes paraissent avoir évolué en trois phases différentes

Hyperovarie au début: règles précoces, abondantes, douloureuses.

Dysovarie ensuite: règles absentes des fois, très abondantes et douloureuses d'autres fois.

Hypo-ovarie enfin: les règles deviennent insuffisantes et disparaissent par périodes.

Ces constatations vont à l'encontre de la théorie qui veut à tout prix voir dans la thyroïde et l'ovaire deux glandes antagonistes dont les sécrétions internes ont une action opposée. A un moment donné, en effet, il semble qu'il y ait eu ici concomitance d'hyperthyroïdisme et d'hyperovarie.

Quoi qu'il en soit, les troubles psychiques observés chez notre malade, doivent être nettement imputés à des troubles endocriniens thyro-ovariens.

Les épreuves tests semblent le prouver et, d'autre part, le traitement opothérapique a amélioré les troubles mentaux.

Il ne faut cependant pas négliger le terrain de prédisposition qui, chez Elisabeth S..., a certainement joué un rôle dans la genèse des troubles psychiques.

Observation III

La petite Marcelle L..., âgée de 15 ans, travaillait avec sa sœur dans un atelier de couture à Béziers. Elle entre à l'Asile dans le service de M. le professeur Mairet, le 13 août 1922, avec le diagnostic suivant: « Aliénation mentale à forme hypomaniaque ».

D'après les renseignements fournis par la mère de Marcelle, nous avons pu reconstituer ainsi l'histoire de la maladie.

Le début a été brusque et remonte au mois de mai 1922.

Un soir, à la sortie de l'atelier, un jeune homme a suivi Marcelle dans la rue, puis dans les escaliers de sa maison, et là, lui a saisi brusquement le bras et demandé de l'argent. Ce geste provoqua une grosse frayeur chez Marcelle qui se mit à appeler sa sœur. Ses cris mirent en fuite son agresseur, et toute tremblante, elle rentra chez elle et raconta la scène. Elle se coucha tôt, et le lendemain sa sœur la trouvant au lit à l'heure où elle aurait dû se rendre à l'atelier, lui demanda si elle était malade; elle vit alors que Marcelle, complètement égarée, ne répondait pas à ses questions et semblait même ne pas la reconnaître.

Depuis, la malade reste tout le temps alitée, tout à fait désorientée, n'articulant pas un mot. Ses parents viennent la voir, mais elle les considère comme des étrangers; et dès qu'ils s'approchent d'elle, elle les

écarte avec la main; on est obligé de l'alimenter à la cuillère, tout comme un petit enfant. Elle se montre très peureuse et se cache dans les couvertures en tremblant, lorsqu'elle entend du bruit.

Cet état se prolonge pendant un mois, au bout duquel Marcelle L... consent à se lever, mais il semble qu'elle a perdu complètement la mémoire et jusqu'à l'habitude de marcher. Selon le moment de la journée, elle se montre émotive et peureuse, ou bien irascible. Bien qu'on essaye de lui causer, elle ne répond pas, s'énerve facilement, jette sur les personnes de son entourage ce qui lui tombe sous la main, sans avoir l'air de se rendre compte de ses actes. Elle présente de fausses interprétations et probablement des hallucinations psycho-sensorielles qu'elle n'extériorise pas, mais qui se traduisent par des mouvements de défense et des actes impulsifs.

Les parents de Marcelle L... voyant qu'il n'y a aucun progrès depuis trois mois que leur fille est malade et ne pouvant la soigner eux-mêmes, la font interner à l'Asile de Font-d'Aurelle, le 13 août 1921.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, mais alcoolique et de caractère emporté. Mère en bonne santé. Quatre enfants: deux sont morts, l'un à 2 ans, l'autre à 18 mois, de méningite cérébro-spinale, une sœur en bonne santé.

Rien à signaler du côté des autres ascendants et collatéraux au point de vue aliénation mentale.

Antécédents personnels. — N'a jamais été sérieusement malade, mais a toujours eu une santé plutôt délicate, et un caractère timide et émotif.

Est allée à l'école dès l'âge de 4 ans et elle s'est montrée intelligente et travailleuse. Mais à 11 ans, elle a souffert de maux de tête qui l'ont empêchée de se présenter au certificat d'études primaires.

A 13 ans, les céphalées deviennent plus violentes et s'accompagnent en même temps de nausées et de vomissements parfois, surtout quand la malade se baisse comme dans le geste de ramasser un objet par terre.

Parfois elle a le visage congestionné et sent des bouffées de chaleur à la figure, alternant avec des sensations de froid. Ces phénomènes pathologiques lui interdisent tout travail intellectuel et l'obligent à quitter l'école. Elle va alors travailler dans un atelier de couture, mais continue à souffrir de congestion fréquente de la face et de maux de tête avec bourdonnements dans les oreilles. En même temps, se sent énervée à la moindre contrariété; est émotive et peureuse parfois à l'excès.

Marcelle L... qui est alors âgée de 15 ans, n'est pas encore réglée.

Examinée dans le service le lendemain de son entrée à la clinique des maladies mentales, Marcelle L... nous apparaît comme une fillette de 10 à 11 ans, dont le facies légèrement bouffi et aux pommettes fortement colorées, exprime un mélange de timidité et de frayeur.

Dès qu'on l'interroge, elle a l'air totalement confuse et égarée; paraît comprendre par moments nos questions, mais son cerveau est incapable de fournir l'effort nécessaire pour une réponse et Marcelle garde un mutisme absolu.

Elle résiste quand on veut lui prendre la main et se met à pleurer en appelant plaintivement comme un bébé: « Jeanne » (c'est le nom de sa sœur) ou « Maman ». Ce sont les deux seuls mots qu'elle prononce.

A mesure que nous essayons de poursuivre notre examen et notre interrogatoire, elle s'effraie de plus en plus, devient inquiète et même anxieuse. Si elle entend ouvrir une porte, parler quelqu'un derrière elle, elle tressaille et fait le geste de s'enfuir. Elle semble présenter des hallucinations auditives ou tout au moins de fausses interprétations.

Ces hallucinations font réagir vivement la malade et ces périodes de surexcitation psychique alternent avec des périodes d'engourdissement, d'apathie, d'hébétude même. D'autres fois encore, la pensée est lointaine, vague, comme perdue dans un rêve. Complètement désorientée, ne se rend pas compte de son état, ni de l'endroit où elle se trouve, se nourrit très peu et gâte sous elle.

Tout examen somatique nous est rendu impossible par la résistance opposée par la malade qui ne veut pas se laisser approcher. Cependant, l'absence de règles chez Marcelle L..., la bouffissure et la congestion du visage, nous fait penser à une insuffisance thyro-ovarienne.

Nous instituons en même temps que le traitement hydrothérapique, sous forme de douches écossaises, suivies de frictions alcoolisées, et de douches périnéales chaudes, le traiteemnt opothérapique mixte par l'extrait de thyroïde et d'ovaire à la dose de 15 centigr. de chaque. La malade est maintenue au lit, dans une pièce isolée, avec une infirmière à côté d'elle.

Pendant la première semaine, Marcelle L... ne fait aucun progrès, est toujours inquiète, demeure le plus souvent assise, pleure comme un bébé, appelle sa sœur.

Les illusions de fausses reconnaissances sont vives; ainsi, elle prend certainement un étudiant qui vient

dans le service pour une de ses connaissances, car, à sa vue, elle est plus inquiète et essaie de fuir.

La nuit, ne dort plus, a des cauchemars, se réveille en sursaut, est effrayée et tremble.

Puis, peu à peu, une amélioration se fait, la confusion mentale, l'engourdissement paraissent diminuer avec l'inquiétude.

La malade est moins triste, semble s'intéresser à tout ce qui se passe autour d'elle, mais ne peut fixer son attention, ne parle toujours pas, bien qu'elle comprenne quand on l'interroge et qu'elle paraisse quelquefois faire des efforts pour répondre.

Nous profitons de cette accalmie pour procéder à un examen physique que nous n'avons pas fait au début.

Marcelle L... nous apparaît insuffisamment développée pour son âge. Les seins sont à peine dessinés, la poitrine est celle d'une enfant de 10 ans, les membres sont plutôt grêles, la figure est légèrement bouffie, les caractères sexuels ne sont pas suffisamment marqués. Le ventre est légèrement proéminent, les extrémités cyanosées et froides. Les dents cariées en grande partie. Le système pileux est peu développé.

Nous ne trouvons rien d'anormal à l'examen des poumons et du cœur. L'estomac, le foie, la rate sont normaux.

Du côté du système nerveux, la motricité est normale.

Il y a une zone de légère hyperesthésie au niveau des deux ovaires. Les réflexes sont plutôt diminués d'une façon générale. Les mouvements sont lents entre les périodes hallucinatoires.

Il y a quelques troubles vaso-moteurs caractérisés par du dermographisme, de la cyanose des extrémités.

Pensant à un déséquilibre du système neuro-végéta-

tif et à des troubles endocriniens, nous tâchons de vérifier notre hypothèse par des recherches expérimentales.

Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Pouls normal: 72. R. O. C.: —7 en moyenne.

La tension au Vaquez-Laubry est la suivante:

Mx: 14; — Mn: 7

L'épreuve du nitrate d'amyle, selon la technique de Josué et Godlewsky nous décèle un certain déséquilibre du système neuro-végétatif avec prédominance sympathique, accélération notable du pouls qui passe de 74 à 105 pulsations. Chute de la Mx qui tombe de 14 à 12,5.

L'épreuve de l'atropine (injection de 1 milligr. d'atropine dans la masse musculaire fessière) est à peine sensible. Le pouls et la dilatation pupillaire ne sont pas sensiblement modifiés.

Nous étudions quelques tests de la thyroïde et de l'ovaire, après avoir pris la précaution de supprimer le traitement opothérapique trois jours avant nos recherches et nous observons les résultats suivants:

Pour la thyroïde, *épreuve à l'adrénaline de Gœtsch*, modifiée par Bloch et Parisot-Richard: Elle est douteuse. Faible élévation de la tension artérielle, 14,5 au lieu de 14; tachycardie légère: 82; R. O. C.: inchangée; pas de glycosurie.

L'épreuve du signe de la thyroïde de Parisot et Richard nous a semblée légèrement inversée.

Voici, d'ailleurs, les résultats obtenus pour cette épreuve, avant et après l'injection de 1 gr. d'extrait thyroïdien:

a) Avant l'injection: pouls: 74; R. O. C.: —7; tension: Mx, 14; Mn, 8.

b) Après l'injection: pouls, 70; R. O. C., —2; tension, Mx, 14; Mn, 7,5.

La recherche du signe de l'ovaire après injection intramusculaire de 1 gr. d'extrait d'ovaire, nous montre que la fonction de la glande interstitielle de l'ovaire est très diminuée. Le ralentissement du pouls oscille en effet entre 0 et 5 pulsations; la tension n'est pas sensiblement modifiée, le réflexe oculo-cardiaque non plus.

Bien que nos recherches ne donnent pas de résultats très nets, il nous semble cependant pouvoir conclure à l'existence de perturbations du système neuro-végétatif et du système glandulaire thyro-ovarien chez notre malade.

A notre avis, les troubles psychiques précédemment signalés, sont en évolution étroite avec les troubles glandulaires qui paraissent, comme dans notre précédente observation, avoir été les premiers en date.

Nous poursuivons énergiquement le traitement opothérapique mixte et relevons l'état général de la malade par l'arsenic sous forme de cacodylate de soude intraveineux à la dose de 1 gr. par jour pendant douze jours.

Après deux semaines de traitement, il se produit une amélioration de l'état psychique; la timidité et la frayeur diminuent puis disparaissent.

La malade répond à nos questions correctement. L'attention se fixe. Ainsi Marcelle peut faire quelques petits calculs simples et de petites narrations.

L'engourdissement a disparu. Les mouvements sont précis quand elle travaille à la couture. Elle devient même gaie et nous remarquons qu'elle a un raisonnement plutôt superficiel et des amusements de petite fille. Elle pense cependant souvent à ses parents et désire vivement quitter l'Asile.

Les menstrues font leur apparition, pour la première fois, le 15 septembre, après une crise douloureuse assez violente.

Le 19 septembre 1922, Marcelle L... sort guérie.

Elle revient dans notre service le 27 janvier 1923. Les règles sont suspendues depuis deux mois et les troubles psychiques de la première fois sont revenus: le tableau clinique est le même bien que plus accentué.

La confusion mentale, cette fois-ci, domine tout, mais il existe des hallucinations auditives, de l'inquiétude et du mutisme. Les périodes d'engourdissement, de torpeur physique et psychique, sont moins nets que lors du premier internement. L'état général est déficient. L'examen des divers appareils révèle des troubles intestinaux caractérisés par des crises de constipation alternant avec de la diarrhée.

Nous reprenons le traitement opothérapique mixte thyro-ovarien qui a donné de bons résultats lors du premier internement et nous mettons la malade au repos complet au lit.

La guérison cette fois se fait plus lentement.

L'état confusionnel persiste, alors que les hallucinations ont disparu. Finalement, les menstrues réapparaissent seulement après quatre mois de traitement, le 15 mai, et Marcelle L... quitte le service le 7 juin, complètement guérie, apparemment.

Chez cette malade, l'ovaire semble avoir joué le principal rôle.

En effet, les troubles de la menstruation ont toujours précédé de peu les troubles psychiques et les ont, croyons-nous, provoqués.

Dès que les règles deviennent normales, les manifestations pathologiques, psychiques, disparaissent.

La sécrétion thyroïdienne également a paru déficiente et il semble qu'on puisse lui imputer en même temps qu'une grande partie des troubles psychiques, la bouffissure du visage et le mauvais état général.

Mais il serait difficile et même impossible de définir le rôle joué par chacune de ces glandes dans la genèse de la psychose.

Il ne faut pas oublier que la petite Marcelle est héréditairement une prédisposée, fille d'alcoolique, et que, par cela même, l'insuffisance thyro-ovarienne pourrait, peut-être elle-même, faire partie de ce terrain de prédisposition. Cette insuffisance n'a pas eu de conséquences fâcheuses jusqu'à l'âge de la puberté.

Mais, à ce moment, l'activité glandulaire, thyro-ovarienne principalement, qui aurait dû s'accroître pour permettre les transformations si importantes de la puberté ayant été au-dessous de sa tâche, il en est résulté des troubles psychiques que nous avons signalés et qui semblent former un syndrome en liaison étroite avec les sécrétions internes déficientes de ces glandes.

Observation IV

La jeune Francine S..., âgée de 17 ans, est amenée à l'Asile d'aliénés de Montpellier, le 17 février 1923, avec le certificat médical ci-joint, signé du professeur Euzière: « Est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par de la confusion mentale, de la tendance aux fugues et du refus d'alimentation ».

Malade depuis le début de janvier 1923, Francine S.. a été amenée des environs de Castres, où elle était employée comme fille de ferme, à la clinique de neurologie de Montpellier.

Occupée chez ses parents nourriciers aux travaux de la campagne, le caractère de la malade se serait modifié progressivement depuis deux mois environ avant la date de son hospitalisation. La jeune fille serait devenue plus taciturne, renfermée, vivant de la vie de tous, mais moins alerte au point de vue intellectuel que par le passé. C'est cet état qualifié de « neurasthénie » qui a décidé les parents nourriciers de Francine S... à la faire hospitaliser.

Les antécédents héréditaires de la malade sont chargés. C'est du reste pour la soustraire au milieu délétère de la famille, qui réside à Béziers, que le Sauvetage de l'Enfance a placé cet enfant à la campagne, dans les environs de Castres. Le père, alcoolique invétéré, a des crises d'ivresse au cours desquelles il frappe son entourage. Cet état se reproduit plusieurs fois la semaine.

La mère de la malade serait atteinte de troubles mentaux qui ont nécessité deux internements. Très probablement la mère, d'après ce qu'on nous a raconté, a des poussées de lypémanie avec idées d'indignité et des tendances au suicide.

Deux autres sœurs complètent la famille et une d'entre elles se livrerait à la débauche.

A son entrée à l'Asile, nous nous trouvons en présence d'une jeune fille trop grande pour son âge: au lieu de 17 ans, on lui en donnerait 30. Forte, atteinte même d'un léger degré d'adipose, Francine S... a le facies apeuré et inexpressif. Lorsqu'on s'approche d'elle, la jeune fille se recule, comme si on lui faisait peur. Ce n'est pas du négativisme à proprement parler, car la peur domine et fait parfois pleurer et crier la malade, et alors cette dernière cherche souvent à s'enfuir, et c'est pour cette raison qu'elle n'a pu être

gardée dans un service où la surveillance se relâche à certains moments.

Lorsqu'on arrive à pouvoir s'approcher et à faire parler la malade, la seule réponse qu'on obtienne est: « J'ai peur, laissez-moi partir ».

Il n'est pas possible de pénétrer plus avant le pourquoi de cette peur. A certains moments aussi, il existe un refus d'alimentation et l'on est, à différentes reprises, obligés d'avoir recours à la sonde pour faire absorber des aliments qui sont refusés autrement.

Ce refus d'alimentation est, lui aussi, conditionné par la peur. Cette peur est imprécise et ce n'est pas la crainte d'un empoisonnement qui peut expliquer ce refus d'alimentation.

En plus de cet état de peur, qui présente du reste de véritables alternatives d'augmentation et de diminution, le fond de l'état mental est la confusion et la torpeur. Pendant de longs moments, en effet, immobile dans un coin, Francine S... reste sans s'occuper à quoi que ce soit. Lorsqu'on la questionne, il s'écoule un long intervalle entre la question et la réponse. Celle-ci, du reste, est toujours adéquate lorsqu'elle se produit et, lorsqu'on n'obtient pas de réponse, on a l'impression que la demande est bien arrivée jusqu'à l'entendement de la malade, mais que celle-ci ne peut pas faire l'effort nécessaire pour y répondre.

Bien orientée dans le temps et dans l'espace, la mémoire est conservée ainsi que les sentiments affectifs. Le jugement, en dehors des périodes actives de peur, paraît normal, ainsi que le raisonnement. Ce dernier semble parfois puéril, mais il ne faut pas oublier que l'on se trouve en présence d'une jeune fille de 17 ans à peine, dont l'instruction a été des plus sommaires. On

a l'impression, du reste, que les connaissances acquises sont conservées. C'est ainsi que la lecture et l'écriture, de même que les quatre règles, sont possibles. Plus difficile est d'obtenir la narration d'un article lu. L'écriture malhabile ne présente rien de particulier, si ce ne sont des fautes d'orthographe, car la jeune malade n'a pu pousser, faute de temps, jusqu'au certificat d'études primaires.

Au début de son séjour à l'Asile, la tenue de la malade était négligée, le désordre des vêtements s'expliquant suffisamment par l'agitation parfois désordonnée qui était sous la dépendance de la peur. Cet état s'est atténué progressivement et un mois après la date d'entrée, la peur ayant cessé, un certain degré de coquetterie est apparu. C'est ainsi qu'avec quelque argent donné, la jeune fille s'est fait acheter de la poudre de riz. La gourmandise s'est aussi montrée et les quelques sous de Francine passaient tous en achats de douceurs. Une fois même, pour satisfaire cette gourmandise, elle fit un petit larcin en s'emparant d'un gâteau appartenant à une autre malade. Le reproche mérité qu'on lui adressa fit verser des larmes de repentir et obtenir de la jeune fille la promesse de ne plus recommencer.

Pendant toute la période du début de l'hospitalisation de la malade, il ne nous fut pas possible de déceler d'hallucination des divers sens, mais l'enfant présentait de fausses interprétations et des illusions auditives. Ce sont peut-être ces deux dernières manifestations qui expliquent l'état de peur et de confusion mentale.

Les antécédents personnels sont intéressants. Tout d'abord nous apprenons que des troubles dans la mens-

truation sont survenus à peu près en même temps que l'état mental se modifiait en s'assombrissant. Réglée à 13 ans, de façon régulière, la jeune fille a une interruption des menstrues depuis trois mois. Rien dans le passé de la malade ne peut expliquer cette aménorrhée. A part la rougeole et la coqueluche, il n'y a pas eu d'autres maladies infectieuses. Correspondant à la suspension des règles, est survenue une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde. Ce goître léger n'entraîne aucune gêne. L'examen physique de Francine, ainsi que nous l'avons signalé, nous montre une disproportion notable entre l'âge d'une part, l'embonpoint et la taille, d'autre part. Il n'existe, à part ces deux signes, aucun stigmate de dégénérescence; les mains et les pieds sont cependant très développés, l'extrémité des phalanges carrée, rappelant de loin les extrémités d'acromégales.

L'appareil circulatoire ne permet de déceler aucune lésion organique ni fonctionnelle. Le pouls est à 76, bien frappé et plein; la tension au sphygmotensiophone de Vaquez-Laubry est de 16 comme maxima, 7 comme minima. Il existe au niveau des mains de légers troubles vaso-moteurs.

Quand la malade consent à s'alimenter, l'appétit est bon, la digestion normale. Au sommet droit existe des signes atténués d'induration pulmonaire.

Il n'y a rien d'anormal dans les urines, l'appareil nerveux au point de vue de la sensibilité, de la motricité et de la réflectivité est normal.

Il existe cependant de légers troubles de déséquilibre sympathique, tels que la positivité marquée du réflexe horripilateur, du dermographisme et un réflexe oculo-cardiaque peu positif.

La malade atteinte de confusion mentale avec des

idées de peur nous paraît avoir son état mental conditionné par des troubles d'insuffisance polyglandulaire.

Partant de cette idée, la jeune Francine S... est soumise à un traitement mixte d'extrait ovarien et thyroïdien, à la dose de 20 centigr. *pro die,* ceci pendant dix jours et, après cette période, on prescrit huit jours de repos et on recommence le même traitement.

A la fin de la première période de médication opothérapique, on assiste à une véritable transformation. L'état mental de la malade se modifie bien; la peur disparaît; le refus d'alimentation, qui a nécessité l'internement, s'atténue pour être remplacé à la fin par une vraie boulimie; la confusion mentale n'existe presque plus et c'est à cette période que l'on a constaté l'apparition de la coquetterie et de la gourmandise.

Actuellement, c'est-à-dire le 20 mai 1923, la jeune fille continue toujours, ainsi que nous l'avons indiqué, le traitement opothérapique et la guérison nous paraît suffisante pour que nous proposions la sortie de l'asile.

L'adiposité, bien qu'ayant diminué, persiste encore, ainsi que l'aménorrhée.

En tous cas, les troubles mentaux, état confusionnel et peur, ayant complètement disparu, nous ne croyons pas possible le maintien de cette malade dans un établissement d'aliénés.

Observation V

La nommée Euphrasie F..., âgée de 14 ans et demi, est admise d'office, le 27 mai 1922, à l'Asile de Montpellier.

Le certificat médicale relate que la malade est at-

teinte, depuis un mois et demi environ, de troubles mentaux survenant au début par de petites crises passagères d'excitation hypomaniaque avec incohérence dans le langage et dans les actes, pour aboutir à la crise actuelle d'excitation mainaque avec logorrhée, gesticulation, bris d'objets et insomnie.

A l'entrée, la malade ne présente plus, pour l'instant, d'excitation maniaque. Timide, elle oppose de la résistance aux infirmières qui l'amènent, comme si elle avait peur.

Examinée dans son psychisme, la jeune Euphrasie nous apparaît comme une confuse, avec un certain degré de stupeur. Elle ne semble pas comprendre, de prime abord, les questions qui lui sont posées, et ce'st à la suite de la même question répétée plusieurs fois que l'on obtient enfin une réponse, le plus souvent monosyllabique, mais adéquate à la question. Parfois, il est vrai, on ne reçoit aucune réponse.

Désorientée dans le temps, elle est incapable de dire de combien de jours date son admission à l'Asile. Désorientée aussi dans l'espace, elle se croit chez elle et ne peut admettre qu'elle se trouve dans un hôpital.

La mémoire paraît relativement conservée, surtout pour les faits anciens.

Le raisonnement, lui, est atteint; on voit combien la jeune fille à de la peine à suivre une conversation. Du reste, examinée dans sa vie journalière, la jeune Euphrasie vit retirée, ne participe pas aux jeux et aux travaux de ses compagnes.

Les sentiments affectifs ne sont pas atteints, mais la malade ne réagit cependant pas avec la vivacité et l'ardeur de son âge. Elle nous dit bien aimer ses parents, mais ne témoigne nul désir d'aller les rejoindre.

Il n'existe aucune hallucination des divers sens, pas plus que de fausses interprétations ni d'illusions.

L'examen physique nous permet de constater qu'on se trouve en présence d'une jeune fille, grande pour son âge et en pleine période prépubérale.

Il existe un léger degré d'adiposité et des troubles circulatoires consistant en taches de livido. Les seins sont peu développés et, malgré son âge de 14 ans, Euphrasie n'est pas réglée.

Les muqueuses sont décolorées, le teint pâle, et la jeune fille a l'aspect d'une anémique.

L'examen de l'appareil circulatoire permet de percevoir un souffle méso-cardiaque extra-systolique et un souffle anémique dans les vaisseaux de la base du cou.

Il existe un très léger degré d'induration pulmonaire du sommet droit sans bruit adventice.

Les appareils digestifs et urinaire sont normaux. Les pupilles sont régulières et égales, mais paresseuses au réflexe lumineux.

Les réflexes rotuliens des deux côtés sont diminués, il en est de même pour les réflexes achilléens et tricipitaux. Les autres réflexes périostés et cutanés sont normaux.

Il existe un certain degré de déséquilibre vago-sympathique, caractérisé par du dermographisme et l'inversion du réflexe oculo-cardiaque.

L'état de la jeune Euphrasie F... reste stationnaire jusque vers le milieu de juin, malgré le traitement qu'on lui fait suivre et qui consiste en douches tièdes, puis froides et en opothérapie ovarienne, qu'on lui administre sous forme de cachets d'extrait d'ovaire à la dose de 30 centigrammes par jour.

Le 15 juin, l'état change assez rapidement, une pé-

riode d'agitation hypomaniaque s'installe et la stupeur fait place à de l'agitation motrice et intellectuelle. Il n'est pas possible de conserver des vêtements sur la malade qui les enlève ou les déchire.

L'hydrothérapie n'amène une rétrocession de l'agitation qu'à la longue et c'est seulement un mois après le début de cette excitation maniaque que le calme commence à s'établir.

Pendant toute cette période, la stupeur a disparu et la confusion mentale est bien diminuée. Il faut arriver jusqu'au début de septembre pour que la malade revienne à son état normal. A cette époque, les menstrues apparaissent et la jeune fille sort guérie de l'Asile.

S'il nous a paru intéressant de rapporter, en les associant, ces deux observations, l'une, celle de Francine S..., atteinte de confusion mentale avec idée de peur, et l'autre, celle d'Euphrasie F... atteinte d'excitation maniaque alternant avec un état confusionnel et de stupeur, c'est que toutes deux nous paraissent relever de la même cause.

Ces deux observations se rapportent à deux jeunes filles atteintes de troubles endocriniens et présentant toutes deux du déséquilibre sympathique. Le même traitement qui a consisté, pour la première, en opothérapie ovarienne et thyroïdienne, pour la seconde, en opothérapie ovarienne, a amené, au bout d'un laps de temps relativement court, la guérison. L'hydrothérapie n'a été, croyons-nous qu'un adjuvant du traitement.

Il est à remarquer que ces deux formes de psychose, sont des manifestations passagères d'insuffisance endocrinienne et, pour les malades de cette catégorie, il devrait exister des services spéciaux leur évitant l'internement.

Observation VI

(Résumée), Hoxie-George-Howard, 1918

Confusion mentale et ovarie

Il s'agit d'une jeune femme qui avait toujours souffert de dysménorrhée; elle se mit à faire des crises de confusion mentale au moment des règles, puis à l'état continu. L'état général était précaire. Le repos dans une maison de convalescence procura une amélioration. Mais la guérison ne fut obtenue que par l'administration du corps jaune. La guérison fut complète et cette personne a pu reprendre ses occupations comme élève de l'Université.

Observation VII

(Résumée), Laignel-Lavastine, 1921

Psychoses thyroïdiennes

Mlle Georgette, âgée de 19 ans, surnommée dans le service « la cruche cassée », en souvenir du tableau de Greuze auquel elle ressemble. Elle présentait un corps thyroïde très développé et en même temps du tremblement, de la tachycardie, de la tristesse et de la dépression avec ennui, pleurs fréquents, non motivés, bouffées de chaleur, anorexie et amaigrissement. Cette impression d'ennui constant augmentait régulièrement dans les quatre, cinq ou six jours qui précédaient les règles. Nous nous sommes contentés ici des moyens médicaux. Nous avons fait la radiothérapie de son corps thyroïde qui l'a beaucoup améliorée au point de vue physique et mental, en atténuant son syndrome de Basedow et sa mélancolie maintenant disparue.

Observation VIII

(Résumée), Laignel-Lavastine, 1921

Psychoses thyroïdiennes

Mlle R..., âgée de 28 ans. En 1918, a commencé par être anxieuse, avec dépression, tristesse, agitation, désespoir même, avec idées de persécution et de suicide. Après quelques semaines, est apparu un goître avec tremblement, tachycardie, tension artérielle : 19-12 au Pachon. Depuis que M. Dujarier a fait l'ablation de son kyste thyroïdien, elle se porte bien. Tous les troubles du caractère avaient disparu trois mois après l'intervention. Il y a ici nettement rapport de solidarité entre l'hyperthyroïdie et la psychose.

CHAPITRE III

INTERPRÉTATION D'ENSEMBLE

Les observations qui précèdent offrent plusieurs points communs.

C'est d'abord, au point de vue psychique, l'existence d'un état confusionnel très accentué, allant jusqu'à la stupeur chez l'une de nos malades, accompagné de troubles apparemment profonds de la mémoire et de l'attention.

C'est l'existence d'idées délirantes prenant tantôt la forme de délire de persécution, plus fréquemment le type onirique mal systématisé.

L'irascibilité et le sentiment de peur, l'inquiétude, phénomènes qui ont, à notre avis, orienté le délire vers les idées de persécution et qui ont eu par conséquent leur part dans la genèse de ce délire.

Au point de vue somatique, nous avons trouvé dans les cas étudiés, des troubles ovariens caractérisés par la menstruation irrégulière et l'aménorrhée, et thyroïdiens, caractérisés par l'hypertrophie du corps thyroïde, la tachycardie, l'exophtalmie, le tremblement observés à un degré plus ou moins intense.

Dans les observations I et II nous avons observé des troubles gastro-intestinaux, à allure infectieuse, avec

élévation thermique et coïncidant avec une accentuation de l'état confusionnel.

L'influence de la thyroïde et de l'ovaire dans la genèse des troubles psychiques, apparaît indéniable, si l'on considère :

a) L'existence, sinon rigoureusement établie, du moins fort probable de perturbations endocriniennes avant l'apparition de troubles psychiques graves formant de véritables psychoses.

b) La mise en évidence des modifications thyro-ovariennes par les différents procédés d'exploration et les épreuves tests.

D'autres considérations, que les observations citées semblent soulever, ne sont pas moins dignes de retenir notre attention :

1° Les relations thyro-ovariennes ne nécessitent pas une action interglandulaire réciproque ;

2° Les troubles endocriniens thyro-ovariens coïncident avec des troubles du système neuro-végétatif dans tous les cas étudiés par nous. Il ne fait donc pas de doute qu'il existe entre la glande thyroïde, l'ovaire et le complexe nerveux sympathique parasympathique des relations étroites dont le mécanisme intime est à peu près inconnu actuellement.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET ESSAI PATHOGÉNIQUE

L'étiologie des troubles psychiques liés aux déviations endocriniennes de la thyroïde et de l'ovaire est assez obscure.

Dans l'étude des diverses causes qui peuvent intervenir, nous examinerons les causes prédisposantes, les causes déterminantes et les causes occasionnelles.

Parmi les *causes prédisposantes,* l'hérédité est de beaucoup la plus importante. On trouve souvent chez les ascendants des troubles similaires physiques et psychiques. Ainsi il n'est pas rare de trouver plusieurs générations de goîtreux sur la même lignée, de même que des dysménorrhéiques ou des insuffisantes ovariennes de mère en fille. Il peut y avoir des modifications dans la transmission héréditaire, mais il est rare que l'hérédité n'entre pas en ligne de compte pour créer un état de moindre résistance ou un terrain de prédisposition sans lequel les syndromes pluri-glandulaires, plus ou moins complexes ne sauraient apparaître.

Deux maladies infectieuses chroniques jouent à ce point de vue un rôle tout spécial: la tuberculose, la syphilis. On trouve couramment ces deux affections chez les aliénés. Dans ce cas, la transmission héréditaire est double: il y a une prédisposition mentale et organique

chez leurs descendants. Chez l'hérédo-syphilitique, on observe souvent des syndromes endocriniens, ainsi que l'ont fait ressortir Hutinel et Thévenin. La débilité endocrinienne transmise relèverait le plus souvent de l'hérédo-syphilis, d'après Barthélemy. On a même prétendu que la syphilis toxinique ne serait la plupart du temps qu'une syphilis endocrinique.

Les glandes endocrines, le corps thyroïde en particulier seraient lésés avec une fréquence et une intensité variable, par le spirochète.

L'alcoolisme des parents, comme toutes les autres toxi-infections, sont également cause de débilité congénitale.

La tuberculose acquise, de même que toutes les infections graves, jouent un rôle prédisposant important.

Le facteur âge est, comme le facteur hérédité, primordial. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, il y a dans la vie féminine des périodes propices à l'apparition de troubles psychiques et glandulaires. Ce sont les grandes périodes de la vie génitale.

La puberté en est la première et peut-être la plus importante. A ce moment, l'organisme entre presque brusquement en plein développement. En quelques mois se produisent de véritables transformations aussi bien physiques, du côté des organes génitaux et mammaires, que psychiques : changement du caractère, désirs sexuels inconscients qui s'éveillent. C'est à ce moment que la prédisposition se fait le plus sentir.

Si les sécrétions des glandes endocrines sont irrégulières, déficientes ou exagérées, il s'ensuit des troubles de tout l'organisme qui se développent avec d'autant plus de facilité qu'ils trouvent un terrain tout préparé, incapable par suite d'opposer une résistance sérieuse.

Ce sont, en général, toutes les glandes endocrines qui ont leurs fonctions troublées, mais parmi celles-ci il en est dont le dysfonctionnement est plus marqué et dont l'étude clinique et la prédominance de symptômes dans leur territoire, font ressortir la lésion plus grande.

Or, la puberté est la période élective de l'entrée en action des sécrétions internes, thyro-ovariennes en particulier pour deux buts essentiels : la maturité somatique et la maturité génitale. La croissance génitale sommeillant de 12 à 14 ans, se développe alors rapidement et arrive à maturité avant la croissance somatique qui ne s'achève qu'à 25 ans.

Si donc il existe des perturbations sécrétoires thyro-ovariennes à la puberté, il en résultera des phénomènes pathologiques faisant obstacle à l'évolution normale de ces deux croissances. C'est ainsi qu'on pourra observer l'hypertrophie du corps thyroïde simple ou compliquée du syndrome de Basedow, la dysménorrhée, les métrorragies, les bouffées de chaleur, l'aménorrhée, ou encore un développement organique insuffisant créant un état infantile plus ou moins marqué avec les caractères sexuels incomplets ou absents.

De même, les transformations psychiques de la puberté, les modifications du caractère en particulier, se feront en retard ou seront viciées donnant naissance, soit à des troubles psychiques élémentaires et passagers, soit, au contraire, à de véritables psychoses parfois très complexes et de longue durée.

Ces notions nous retiendront plus longuement à propos de la pathogénie.

Les *causes déterminantes* sont réalisées par la perturbation des sécrétions internes thyro-ovariennes. La liaison de l'ovaire et de la thyroïde étant beaucoup plus

évidente, à la puberté à cause de l'action commune vers le même but, c'est à ce moment que leurs troubles seront le plus souvent nettement constatés.

Souvent on a affaire à des déviations sécrétoires que révèle un examen approfondi.

D'autres fois, la thyroïde et l'ovaire sont le siège de tumeurs ou d'infections faciles à diagnostiquer, qui influent sur leur sécrétion.

Beaucoup plus rareemnt, le traumatisme joue un rôle en lésant profondément l'une ou l'autre des deux glandes.

Nous trouvons les *causes occasionnelles* au moment de la puberté, lorsque toutes les cellules de l'organisme sont en souffrance par retentissement de troubles glandulaires latents et que le psychisme de la jeune fille est, à son tour menacé. Alors un événement imprévu et futile peut déclancher subitement l'orage.

Chez toutes nos malades, la cause occasionnelle qui a marqué le début des troubles psychiques et physiques a été une frayeur, soit par fausse interprétation, soit par illusion de fausse reconnaissance, soit encore probablement par hallucination. Mais déjà, à ce moment, on peut considérer la maladie comme déclarée.

Détail intéressant: cette cause émotionnelle coïncide parfois avec la période cataméniale et a pour effet un arrêt brusque de la menstruation (observ. II).

Ainsi donc, une émotion vive, une frayeur exagérée, par comparaison avec sa cause, manquent le plus souvent le début des troubles.

Le surmenage également, le surmenage de l'attention en particulier, sert parfois de prélude à l'apparition de troubles psychiques.

Tantôt encore, ce sont de mauvaises conditions so-

ciales et hygiéniques qui amenant la dénutrition et l'épuisement organiques, favorisent l'éclosion de la psychose.

Tantôt enfin, la crise éclate après une période prolongée de constipation ou après quelques troubles gastriques, entéritiques ou hépatiques, signes légers de miopragie organique d'origine peut-être glandulaire.

Si l'étiologie des troubles psychiques que nous étudions est souvent assez obscure, la pathogénie l'est encore davantage en dépit de nombreux travaux et de multiples recherches.

La difficulté ici est double, car il s'agit d'expliquer d'abord le mécanisme des sécrétions internes thyro-ovariennes à l'état pathologique et de montrer ensuite quel est leur mode d'action dans la genèse de troubles psychiques que nous étudions et qui leur sont imputables.

Mais, pour cela, il est indispensable de signaler en deux mots ce que sont les sécrétions internes de la thyroïde et de l'ovaire et les fonctions qu'elles remplissent.

La sécrétion thyroïdienne est constituée de différents produits, dont le plus important est une substance iodée appelée par Bauman iodothyrine. Mais ce n'est là qu'une partie de la sécrétion thyroïdienne. Il y a d'autres produits de sécrétion ne contenant pas d'iode mais des substances minérales, telles l'arsenic et le phosphore.

Ces sécrétions interviennent dans le métabolisme des hydrates de carbone et semblent diminuer l'activité glycolytique des tissus. Mais elles augmentent aussi l'activité neuro-musculaire et par ce mécanisme favorisent la consommation exagérée du sucre.

La thyroïde joue également un rôle dans le métabolisme des substances grasses: ainsi la thyroïdectomie est suivie de l'abaissement du pouvoir hépatique du sérum et entraîne parfois la polysarcie. De même, les extraits thyroïdiens entraînent l'amaigrissement.

La thyroïde augmente l'excrétion azotée. Elle semble activer l'élimination de la chaux; elle sécrète une substance nécessaire à l'organisme et dont l'absence crée des troubles trophiques. Elle exerce une action sur la pression sanguine, le rythme cardiaque, le cœur.

Elle a surtout une action essentielle sur le développement de la puberté. Le développement des organes génitaux nécessite l'existence d'une sécrétion thyroïdienne. Les rapports entre la thyroïde et les glandes sexuelles, l'ovaire en particulier, paraissent intimes.

Les troubles de l'une retentissent toujours sur l'autre. Mais on ne peut encore préciser avec certitude, étant donnée la nature d'un trouble thyroïdien, quelles seront les réactions se produisant du côté de l'ovaire.

La thyroïde jouerait également un rôle antitoxique et anti-infectieux d'après certains auteurs, ainsi qu'un rôle important dans le mécanisme de l'immunité.

Les fonctions de l'ovaire ne sont pas moins importantes. Les sécrétions internes sont dues à deux sortes de glandes: le corps jaune et la glande intertitielle.

L'action propre de chacune de ces glandes ne peut encore être définie.

D'après Gley, le corps jaune tiendrait sous sa dépendance les caractères sexuels secondaires chez la femme, ainsi que les troubles trophiques et vaso-moteurs: céphalée, sueurs, bouffées de chaleur, vertiges.

Il semble établi actuellement, toutefois, que la sécré-

tion interne de l'ovaire conditionne les phénomènes de la menstruation.

La nature des produits élaborés par la sécrétion interne de l'ovaire est inconnue. On sait, cependant, qu'ils possèdent des propriétés physiologiques spéciales: ils ont une action cardio-vasculaire et abaissent la pression sanguine. Ils activent les échanges gazeux et excitent le besoin de nourriture. Ils accroissent le taux d'élimination calcique, phosphatée, azotée. La sécrétion interne de l'ovaire a une action sur la thyroïde. Hallion, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, a montré que l'extrait ovarien détermine une vaso-dilatation et une augmentation de volume du corps thyroïde. Cela est une preuve expérimentale de l'existence des relations intimes thyro-ovariennes, ainsi que le démontrent d'ailleurs de nombreux faits cliniques.

Dans la maladie de Basedow par exemple, il y a souvent atrophie des organes génitaux, de même il y a sédation de manifestation du goître exophtalmique pendant la grossesse.

Enfin, les extraits ovariens sont très toxiques et cette toxicité est due au corps jaune. Aussi certains physiologistes attribuent-ils à l'ovaire une fonction anti-toxique, épuratrice de l'organisme; la glande fixant, transformant ou détruisant les poisons humoraux apportés à l'ovaire par le système artériel.

D'après Loisel, il n'est pas utile de dissocier les diverses fonctions ovariennes. Les toxines élaborées par l'ovaire sont transformées en produits dont les uns sont éliminés avec les ovules pour la reproduction; les autres résorbés par l'organisme sous forme de sécrétion interne agissent d'un côté sur la menstruation, la fécondation, la gestation, d'un autre côté sur l'orga-

nisme entier, déterminant les phénomènes du rut et l'apparition des caractères sexuels.

Telles sont brièvement exposées les quelques notions actuellement connues sur les fonctions probables des sécrétions de la thyroïde et de l'ovaire.

Nous tenons à signaler également les rapports de la thyroïde et de l'ovaire avec le système neuro-végétatif. Ces rapports sont réels. Dans toutes nos observations, nous avons noté des troubles du système sympathique-parasympathique, en même temps que des troubles endocriniens et nous pensons qu'il ne s'agit pas simplement de pures coïncidences. D'ailleurs, les travaux de l'école de Vienne et de Sainton en France, ont déjà précisé les rapports entre des troubles thyroïdiens et le système neuro-végétatif.

C'est ainsi qu'on a décrit un syndrome de Basedow vagotonique avec intensité de sueurs, diarrhée profuse, réflexe oculo-cardiaque exagéré, faible tachycardie, et un syndrome de Basedow sympathicotonique, caractérisé par la peau sèche, le réflexe oculo-cardiaque absent ou inversé, des réactions violentes à l'adrénaline. Mais des syndromes types aussi nets sont rares; le plus souvent il y a instabilité des deux systèmes chez les basedowiens. Ainsi l'hyperthyroïdisme, cliniquement, serait un syndrome endocrino-sympathique, pouvant être tantôt d'origine thyroïdienne, tantôt d'origine sympathique. C'est ainsi que Laignel-Lavastine et Bloch ont observé un syndrome de Basedow, consécutif à une irritation du sympathique cervical. Curschmann a signalé aussi un syndrome de Basedow coïncidant avec des crises gastriques, chez une diabétique.

La fonction thyroïdienne peut donc être troublée aussi bien par une lésion glandulaire que par une lésion nerveuse sympathique.

Bien qu'il n'y ait pas eu de recherches aussi complètes pour l'ovaire, il y a tout lieu de croire que les relations avec le système neuro-végétatif sont aussi intimes et que la sécrétion de l'ovaire influe sur le système sympathique de même que le système sympathique peut modifier la sécrétion interne de l'ovaire.

Thyroïde et ovaire sont donc en liaison étroite entre elles et avec le système neuro-végétatif, et les troubles endocriniens comme nerveux jouent un rôle dans la genèse des troubles psychiques dont nous allons essayer maintenant d'expliquer le mécanisme.

Du reste, il est bien certain que thyroïde et ovaire n'ont pas d'action exclusive l'une sur l'autre. Toutes les glandes endocriniennes sont, elles aussi, influencées par suite de corrélations glandulaires. Les troubles sécrétoires primitifs thyro-ovariens retentissent sur les autres systèmes glandulaires, lesquels, une fois lésés, influent, à leur tour, par suite de l'enchaînement endocrinien, sur les sécrétions de la thyroïde et de l'ovaire. Il se crée ainsi un cercle vicieux et toutes les fonctions de l'organisme sont troublées, les fonctions thyro-ovariennes au premier chef, celles des autres glandes à des degrés divers.

Les effets de ce désordre se font ressentir dans la vie intime de la cellule elle-même, dont la nutrition et le fonctionnement sont compromis.

Les déchets de l'organisme ne sont plus éliminés ni transformés comme à l'état normal. Le métabolisme est incomplet, la fonction antitoxique est irrégulière ou absente.

L'ovaire, ainsi que le pensent beaucoup d'auteurs, joue un rôle antitoxique en même temps que physiologique en provoquant la menstruation. On a prouvé

expérimentalement l'hypertoxicité du flux menstruel. Si donc ce flux éliminateur de déchets nocifs ne se produit pas, il en résultera une lésion cellulaire profonde par intoxication.

Dans le même ordre de faits, le dysfonctionnement de la thyroïde apporte le désordre dans le métabolisme des hydrates de carbone, des graisses, des matières azotées. De plus, la fonction antitoxique de la thyroïde étant affaiblie, viciée ou supprimée, l'organisme devient une proie facile devant la toxi-infection, quelle qu'en soit l'origine.

Les troubles sympathiques, vaso-moteurs surtout, interviennent aussi pour augmenter le mauvais fonctionnement de l'organisme.

Il semble, en définitive, que lorsque les fonctions thyro-ovariennes sont viciées, il en résulte rapidement à la puberté une élimination insuffisante de produits toxiques élaborés dans l'organisme et, par suite, des perturbations dans le milieu nutritif de la cellule même qui sera ainsi au-dessous de sa tâche et dans sa multiplication, et dans son activité fonctionnelle, lesquelles doivent être intenses à la période pubérale.

Une toxi-infection paraît être le résultat final de cette déficience fonctionnelle organique.

L'idée de toxi-infections liées à des perturbations endocriniennes a été déjà suggérée. Mais certains auteurs en ont mal localisé l'origine. On a parlé de toxines par stase de matières fécales, par insuffisance hépatique ou rénale.

C'est dans l'intimité tissulaire, semble-t-il, par suite de troubles d'assimilation et de désassimilation, que se forment les poisons.

Bien que l'étude des glandes endocrines soit à peine

ébauchée, la dysthyroïdie joue certainement un rôle considérable ainsi que les troubles sécrétoires de l'ovaire dans la formation de ces poisons. Une fois les poisons élaborés et répandus dans l'organisme, grâce à la circulation, la toxi-infection se trouve généralisée.

Signalons que la toxi-infection semble exister déjà avant la puberté chez les prédisposés glandulaires. Mais elle se trouve à l'état lantent. C'est ainsi que chez presque toutes nos malades, nous trouvons dès leur plus jeune âge, des symptômes plus ou moins nets de la déviation sécrétoire thyro-ovarienne: émotivité, irritabilité, bouffées de chaleur, migraines. A ce moment, les troubles passent souvent inaperçus, mais il est rare qu'on ne les retrouve plus tard en fouillant bien les antécédents.

A la puberté, les troubles endocriniens apparaissent beaucoup plus nets, à cause du rôle essentiel joué à ce moment par les sécrétions de la thyroïde et de l'ovaire. La toxi-infection s'exagère, provoquant des troubles généraux de tout l'organisme, en même temps que des troubles psychiques et leur violence est telle que le diagnostic s'égare très souvent.

Les poisons élaborés sous l'influence prédominante de perturbations sécrétoires thyro-ovariennes, gagnent le cerveau et déterminent les troubles psychiques signalés dans nos observations: confusion mentale poussée jusqu'à la stupeur, idées délirantes, phobies qui sont pathognomoniques d'une psychose toxi-infectieuse. On a donné à juste titre à ces produits toxiques, le nom de « poisons de l'intelligence ».

Les cellules cérébrales sont paralysées dans leur action pour l'entretien du psychisme normal. Il en résulte une anarchie fonctionnelle complète. L'inconsistance,

l'incohérence, la fantaisie, l'imagination règnent désormais en maîtresses, tout contrôle supérieur étant supprimé. Selon l'image si frappante de Grasset concernant notre point de vue pathologique, il y aurait un défaut de contrôle, le centre O ne régissant plus les centres sous-polygonaux.

Cet état se traduit extérieurement chez la malade, surtout sous forme de confusion mentale. Par suite de la saturation plus ou moins momentanée de l'organe cérébral par l'absorption de produits toxiques, il se réalise un véritable état d'ivresse et de rêve. C'est le rêve tout éveillé, le délire onirique, autre manifestation de psychose toxi-infectieuse. De même, la somnolence, la prostration ou l'agitation, apparaissent, selon que la cellule se laisse envahir ou, au contraire, réagit, contre la toxi-infection.

Dans le même ordre d'idées s'explique la désorientation totale, la perte de la lucidité, le règne de l'automatisme, l'absence de fixation de l'attention, tous signes, en somme, qui contribuent à créer un état confusionnel.

Les hallucinations multiples n'arrivant pas à se coordonner, incohérentes et rapides, affectant simultanément tous les sens et coïncidant avec les phénomènes somatiques aigus, sont, elles-mêmes pathognomoniques d'un état d'empoisonnement.

Le sens le plus atteint est la vue parce que le plus imaginatif. Les hallucinations visuelles sont presque pathognomoniques d'un état d'intoxication. Le cerveau obnubilé par les produits nocifs, non éliminés, ou créés par les viciations des sécrétions endocrines est privé de tout contrôle et se trouve à la merci des moindres jeux de lumière des plus faibles phénomènes extérieurs

qui, transmis à l'écorce, suscitent les associations les plus étranges, les interprétations et les réactions les plus inattendues. Ainsi s'expliquent le sentiment de peur le plus souvent apparemment inexplicable chez ces malades, de même que les actes impulsifs et sans objet.

En même temps que les troubles psychiques, il existe souvent des troubles somatiques principalement digestifs, intenses et pouvant s'accompagner de fièvre élevée.

Les troubles, au niveau des glandes incriminées, sont décelables cliniquement, soit à un simple examen, soit par les épreuves tests, mais il faut pour cela y penser.

Les troubles sympathiques sont nets.

Tous ces désordres aigus sont passagers et leur caractère transitoire implique l'idée de bourrasque, de phénomènes proprement accidentels. Une fois la vague des produits toxiques éliminée, tout revient le plus souvent dans l'ordre. Mais cependant l'action prolongée ou exceptionnellement grave de ces poisons psychiques, peut amener la déchéance de la cellule cérébrale. D'où la nécessité d'une thérapeutique rapide en vue du redressement endocrinien avant l'arrivée des phénomènes destructifs.

Même on observe, après disparition des troubles psychiques, la persistance de signes somatiques de déviation glandulaire thyro-ovarienne: tachycardie, exophtalmie, aménorrhée ou dysménorrhée. Ainsi donc, les troubles glandulaires proprement dits précèdent les troubles psychiques, s'exagèrent avec eux, demeurent en partie, alors que les perturbations psychiques ont disparu. Ces constatations militent en faveur d'un rôle actif des perturbations glandulaires dans la genèse des troubles psychiques.

Il ne faut pas oublier en dernier lieu que le substral mental joue un rôle dans les troubles en question. Chaque malade réagit en effet de façon particulière et ici comme partout, l'hérédité cérébropathologique domine. Il est évident que « si certaines énergies toxiques suffisent apparemment à déterminer un délire, dans la plupart des cas, un cerveau ne délire que quand pèsent sur lui certaines prédispositions ».

Le substrat mental joue, dans ce cas, le rôle de terrain favorable. La prédisposition peut compliquer également l'appareil symptomatique de la cérébrotoxie en lui donnant un cachet personnel.

Donc, si le rôle joué par les troubles sécrétoires thyro-ovariens dans la genèse de certaines phychoses toxi-infectieuses est évident, le rôle de la prédisposition héréditaire ne le paraît pas moins.

Mais il est vrai qu'il peut s'agir, dans ce genre de psychoses, d'hérédité glandulaire, ainsi que le pense Laignel-Lavastine pour les psychoses thyroïdiennes. Cette hypothèse est très séduisante, car l'hérédité elle-même serait conditionnée par les sécrétions endocrines. Mais nos connaissances actuelles ne nous permettent pas encore d'en donner des preuves suffisantes.

Nous terminerons notre exposé en avouant que, malgré les travaux considérables fournis par les chercheurs, la question des perturbations endocriniennes, en particulier thyro-ovariennes, et de leur rapport avec certains troubles psychiques de la période pubérale, est encore loin d'être complètement éclaircie.

Les cas pathologiques réalisent des états si complexes, surtout en psychiâtrie, si différents souvent de l'expérimentation, que leur interprétation nécessitera encore bien des efforts et des recherches.

Espérons que dans un avenir prochain, les expérimentateurs et les physiologistes nous donneront le moyen de mesurer exactement la valeur de telle sécrétion glandulaire chez un malade donné. Nul doute qu'en multipliant les observations anatomo-cliniques et en variant les recherches expérimentales, les questions si complexes de relations interglandulaires et de troubles psychiques liés aux perturbations thyro-ovariennes et sympathiques, n'arrivent enfin à être élucidées.

Pour le moment, il faut avant tout être bon clinicien et bon observateur pour déceler les troubles endocriniens qui jouent un rôle de plus en plus considérable en psychiâtrie, afin de faire à nos malades le traitement qui convient.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Il nous semble avoir mis en relief, dans nos observations, assez de signes suffisamment nets et particuliers pour qu'ils puissent être considérés comme pathognomoniques et rendre ainsi facile le diagnostic de troubles psychiques liés à des perturbations thyro-ovariennes.

C'est donc brièvement que nous rappellerons les principaux de ces signes permettant de poser un diagnostic positif. Les diagnostics différentiel et étiologique, plus importants et plus difficiles à établir, seront ensuite discutés plus longuement.

Dans la symptomatologie des psychoses thyro-ovariennes, c'est tout d'abord la confusion mentale qui apparaît dès le début et domine la scène.

On observe du désordre intellectuel, la malade ne peut plus rester maîtresse de sa pensée, ni de son attention. Le manque de fixation de l'attention, le règne de l'automatisme sont frappants: le sujet se trouve comme dans un état de rêve. Seules des questions brusques et simples peuvent parfois être suivies de réponses exactes et précises. La mémoire est suspendue dans ses divers modes, mais c'est surtout l'amnésie d'évo-

cation qui prédomine. La désorientation est complète, aussi bien autopsychique que dans le temps et l'espace. Les mouvements, par suite de tous les troubles énumérés sont gauches, maladroits, hésitants, deviennent une source de dangers. Parfois ce sont des accès de manie aiguë intermittents, qui se greffent sur le fond confusionnel. D'autres fois encore, c'est l'hébétude, la torpeur physique et intellectuelle prenant le pas et alternant avec des épisodes aigus d'agitation incohérente.

L'irritabilité, l'hyperémotivité sont presque la règle et sont provoquées par des motifs futiles ou se produisent spontanément sans cause appréciable.

Les idées délirantes sont toujours portées au tableau clinique et ne comportent aucune systématisation. Elles revêtent des formes variées qui se succèdent ou coexistent chez la même malade. Les hallucinations auditives prédominantes avec les illusions de fausse reconnaissance, donnent lieu à des idées de persécution.

Les hallucinations visuelles très vives et souvent effrayantes revêtent la forme d'un délire onirique qui n'arrive pas à se cristalliser.

Les formes graves s'accompagnent d'attitudes catatoniques, de mouvements stéréotypés.

Physiquement, l'état d'épuisement de l'organisme, l'amaigrissement ou, au contraire, les traits bouffis, la dysménorrhée et l'aménorrhée, les bouffées de chaleur, les nausées, les migraines, le refroidissement des extrémités et la sensation de pieds gelés, la tachycardie, l'exophtalmie, l'hypertrophie du corps thyroïde, sont autant de signes qui aideront à mettre sur la voie du diagnostic.

Les troubles organiques à prédominance gastro-intestinale accompagnés d'élévation thermique avec des

crises de constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques, affectant parfois la forme thyphoïde, dénotent un désordre général de tout l'organisme, ce qui est une caractéristique de psychoses toxi-infectieuses, très souvent d'origine endocrinienne.

Devant une symptomatologie pareille, si elle était complète, le diagnostic ne ferait donc pas de doute, mais il existe des cas difficiles dans lesquels des symptômes importants, parmi ceux énumérés plus haut sont absents et où peuvent, d'autre part, intervenir d'autres phénomènes pathologiques induisant en erreur. La recherche des différents tests s'adressant aux glandes incriminées facilitera, dans une certaine mesure, le diagnostic.

Toutefois, certains cas où le diagnostic est malgré tout hésitant, nécessitent la discussion d'un diagnostic différentiel.

Il faudra différencier tout d'abord les états confusionnels symptomatiques de la confusion mentale primitive et des autres psychoses avec lesquelles il peut exister des traits communs.

Nous différencierons ensuite l'état confusionnel et les autres troubles psychiques concomitants symptomatiques des perturbations thyro-ovariennes, des états confusionnels symptomatiques d'autres lésions organiques et glandulaires.

La *confusion mentale primitive* apparaît brusquement. Elle est le premier symptôme en date. Bien qu'elle soit le résultat d'un épuisement général de l'organisme, les causes de cet épuisement ne peuvent être mises en évidence.

La *démence précoce* s'accompagne parfois de confusion mentale et de stupeur, avec catatonie, mais il y a

chez le dément précoce, un affaiblissement radical des facultés intellectuelles, du négativisme, des tics, des troubles profonds et paradoxaux de l'affectivité qui différencient l'onirisme confusionnel du délire incohérent hébéphrénique.

Le diagnostic est cependant très difficile et même impossible quand il s'agit de dépister une démence précoce menaçante chez des malades présentant une psychose toxi-infectieuse d'origine thyro-ovarienne évoluant depuis longtemps sans aucune amélioration.

Chernbach et Vasiliu ont d'ailleurs signalé un cas de démence précoce chez un jeune homme qui présentait de l'exophtalmie et de l'hypertrophie thyroïdienne. On peut donc admettre que des modifications des sécrétions internes thyro-ovariennes peuvent très bien influer sur la genèse de la démence précoce chez la femme, bien qu'actuellement aucune preuve ne permette de l'affirmer et que l'étiologie de la démence précoce semble relever d'infections.

Dans la manie, le désordre psychique est souvent très accentué, mais il affecte moins la lucidité que l'état confusionnel. Les idées délirantes sont rares. Le délire onirique est absent.

Dans la stupeur mélancolique le fond hypémaniaque ne disparaît à aucun moment, tandis que la stupeur du confus est caractérisée surtout par l'hébétude et l'égarement.

Les psychoses anxieuses et maniaco-dépressives laissent la lucidité intacte. Les état affectifs dominent le tableau.

Enfin, dans aucune des psychoses que nous venons de citer, on ne trouve un état physique aussi typique et aussi affecté que dans les psychoses d'épuisement d'origine thyro-ovarienne.

La démence catatonique peut être l'aboutissant d'un état confusionnel mais, une fois réalisée, elle ne donne plus à la malade l'aspect étonné si caractéristique du confus. Elle se distingue par les gestes simiesques, de la logorrhée sans agitation, de la stupidité tranquille. Il n'existe pas non plus de symptômes toxi-infectieux.

La période bredouillante, bégayante, l'incoordination motrice de certaines confuses, surtout à la ménopause, pourront faire penser à la *paralysie générale*. Mais sans compter que nous avons éliminé de notre sujet les troubles thyro-ovariens de la ménopause, il n'est pas difficile de mettre en évidence la maladie de Bayle par la ponction lombaire et une réaction de Bordet-Wassermann et de Guillain-Laroche et Léchelle, dans le liquide céphalo-rachidien, et aussi par l'aspect même du délire mégalomaniaque et l'atteinte profonde du fond intellectuel accompagnée de troubles paralytiques généralisés.

Il peut exister une ressemblance entre certains *délires hallucinatoires* et *le délire onirique*. Dans les cas difficiles, on se basera sur le désordre intellectuel plus accentué chez le confus, ainsi que sur le mauvais état organique. Le manque de systématisation du délire onirique confusionnel permettra également de la différencier d'autres délires hallucinatoires.

Le diagnostic sera facile et nous n'y insisterons pas avec les états de *débilité mentale* et d'arrêts de développement.

Les états confusionnels dans l'*épilepsie* seront souvent difficiles à dépister et il faudra recourir à l'anamnèse qui sera, dans ce cas, d'un précieux secours.

Une fois établi, le diagnostic d'état confusionnel

consécutif à une psychose toxi-infectieuse, il s'agit de rechercher la cause de cette toxi-infection; du diagnostic étiologique seul, en effet, dépendra l'effort thérapeutique, ce qui nous conduit à faire une différenciation des divers états confusionnels. Le syndrome confusionnel, soit typique, soit dans ses variétés onirique ou stuporeuse, englobe un vaste champ étiologique où dominent l'intoxication, l'émotion et la commotion, l'infection, l'insomnie. Dans les intoxications d'origine exogène, nous signalerons l'état confusionnel de l'alcoolique, que l'on dépistera grâce à l'étude des antécédents, à la présence du tremblement alcoolique typique, aux accès effrayants de délirium tremens, aux réactions impulsives entre les accès, par la recherche de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien.

De même pour l'opium, le haschich, l'éther, la cocaïne l'état cachectique, les troubles hépatiques et les renseignements sur les antécédents personnels du malade, mettront sur la voie.

Les grands désordres psycho-physiologiques d'origine psychique, peuvent créer un syndrome confusionnel, tels l'émotion-choc, l'attente émotionnelle, la commotion dont les cas sont si fréquents dans la psychiâtrie de guerre. L'anamnèse et l'examen clinique du malade permettent, le plus souvent, de déterminer les cas.

Les grandes infections aiguës, telles la fièvre typhoïde, la grippe, les fièvres éruptives, créent, surtout chez les prédisposées un état confusionnel fébrile que l'on dépistera par l'étude des symptômes organiques des grandes pyrexies: langue sèche et rôtie, taches rosées, courbes thermiques caractéristiques, crises diarrhéiques, angines et par les recherches de laboratoire.

L'examen du liquide céphalo-rachidien révèlera un état confusionnel par méningite aiguë ou chronique. L'examen du sang, la recherche des germes serviront à déterminer la nature de l'affection.

Enfin, la privation de sommeil, soit par surmenage, soit par insomnie nerveuse, est également une cause suffisante de désordre mental généralisé, et peut à elle seule réaliser un état confusionnel aux modalités variées.

Nous ne prétendons pas avoir énuméré ici toutes les causes réelles ou probables des états confusionnels symptomatiques.

Sans insister davantage, nous allons examiner maintenant les causes d'origine endogène et, en particulier, d'origine endocrinienne.

Signalons simplement les psychoses azotémiques, au sujet desquelles MM. Mairet, Blouquier de Claret et nous-même avons fait une communication au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences* en juillet 1922, et que l'on dépistera par l'examen du sang et des urines et des symptômes nettement définis, les psychoses polynévritiques pour lesquelles la notion étiologique sera essentielle.

Dans les psychoses d'origine endocrinienne, le syndrome confusionnel avec délire onirique et phobies nous paraît, sinon résulter des seules perturbations thyro-ovariennes, du moins être en liaison plus étroite avec ces mêmes perturbations plutôt qu'avec celles d'autres systèmes glandulaires.

Est-ce à dire que les glandes endocrines autres que la thyroïde et l'ovaire ne jouent aucun rôle dans la genèse des états confusionnels? Non. Nous sommes même persuadés du contraire. Les relations interglandulaires

existent aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal. Mais nous le répétons: il y a un fait personnellement observé, c'est que les troubles thyro-ovariens paraissent apparemment être seuls à entrer en jeu dans la genèse des troubles psychiques qui font l'objet de notre travail.

On aura recours en dernier lieu aux données expérimentales qui apportent un sérieux appui pour l'établissement d'un diagnostic étiologique complet: ce sont les interrogations directes de glandes elles-mêmes par les épreuves tests connues seulement depuis quelques années.

Parmi ces épreuves, quelques-unes comme la recherche du « *Signe de la thyroïde* » de Parisot et Richard, l'*épreuve à l'adrénaline* de Gœtsch, l'*épreuve à la quinine* de Bram, la recherche du « *Signe de l'ovaire* », sont facilement réalisables et donnent fréquemment des résultats appréciables. Nous les avons étudiés chez les malades qui ont fait l'objet de nos observations.

D'autres épreuves tests: *signe de l'hypophyse de Porak, méthode des tests biologiques de M. Claude, Mlle Bernard et Piedelièvre, réaction d'Abderhalden, test de Berkeley,* présentent également un grand intérêt clinique, de même que les épreuves pour la détermination du *métabolisme basal,* mais elles ont été plus difficilement réalisables et même impossibles sur nos malades.

Toutes ces recherches expérimentales exigent en effet beaucoup de patience et de méthode, principalement quand on opère chez des aliénés souvent récalcitrants.

Il ne faut d'ailleurs accorder une valeur à ces procédés d'exploration encore tout récents qu'autant qu'ils corroborent les faits cliniques qui doivent toujours passer au premier rang et nous guider dans l'établissement du diagnostic et du traitement.

Lorsque en dépit des signes physiques et psychiques et des diverses recherches expérimentales, il n'est pas possible de déterminer d'une façon précise dans quel sens se sont produites les modifications sécrétoires de la thyroïde et de l'ovaire, on a recours à une dernière ressource : l'opodiagnostic, qui consiste à faire absorber des extraits de ces glandes (observ. I).

Si, chez une malade pour laquelle on a pensé à une insuffisance ovarienne, on obtient une amélioration des troubles psychiques et physiques par l'opothérapie ovarienne, il va sans dire que le diagnostic est confirmé. De même, l'emploi de l'hémato-éthyroïdine, permet parfois de diagnostiquer un Basedow fruste.

Dans l'emploi des extraits glandulaires pour l'opodiagnostic — nous verrons plus tard ce qu'il doit en être pour le traitement — il est bon d'agir avec prudence et de commencer par de faibles doses pour éviter les réactions violentes chez des malades susceptibles.

Pour conclure et résumer notre chapitre de diagnostic, nous poserons donc les principes suivants :

En présence de troubles caractérisés psychiquement par un état confusionnel avec idées délirantes et phobies, et physiquement par des symptômes glandulaires prédominants pour la thyroïde et l'ovaire, on établira tout d'abord un diagnostic positif, puis un diagnostic différentiel de genre et d'espèce, on insistera ensuite sur le diagnostic étiologique que l'on pourra étayer par l'étude des épreuves tests et on aura recours à l'opodiagnostic en dernier lieu.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Si nous nous en tenons aux cas personnellement observés, le pronostic des troubles psychiques thyro-ovariens de la période pubérale et post-pubérale, doit être considéré comme favorable. Nous avons, en effet, enregistré cinq guérisons ou grandes améliorations sur cinq cas étudiés.

Laignel-Lavastine, Parhon, Hoxie-George-Howard et d'autres auteurs ont également signalé de nombreuses guérisons dans les psychoses d'origine thyro-ovarienne.

Dans tous ces cas, la durée des troubles psychiques est assez variable et peut aller de quelques jours à plusieurs mois. Si l'on veut représenter la marche de la maladie par une courbe, cette courbe présentera une ascension rapide au début, se continuant en plateau plus ou moins régulier, et terminée par une descente très lente avec quelques oscillations. Pendant la période de décroissance, il se produit souvent de petits retours offensifs, rechutes éphémères et sans gravité d'habitude.

Cette courbe peut être représentative aussi bien de l'évolution des troubles physiques que des troubles psychiques qui, le plus souvent, marchent de pair et disparaissent ensemble. Nous avons toutefois signalé, dans

l'observation n° I, une diminution des troubles intestinaux coïncidant avec une recrudescence de l'état confusionnel. D'autres fois encore, les perturbations organiques de la thyroïde et de l'ovaire ne disparaissent que partiellement et il reste de l'hyperthyroïdisme fruste et même de l'aménorrhée alors que les phénomènes psychiques ont disparu. Mais il faut dire qu'on observe ces cas lorsqu'il y a seulement guérison incomplète et chez des malades sujets aux rechutes et aux récidives.

Dans les cas favorables, la confusion mentale, la première en date, est la plus lente à disparaître. L'égarement, l'hébétude même se transforment peu à peu en embrouillement intellectuel de moins en moins marqué. La mémoire revient petit à petit, l'amnésie d'évocation est la plus rebelle. Il demeure également presque toujours un peu d'amnésie lacunaire portant principalement sur la période aiguë de la psychose. L'attention volontaire et consciente revient relativement vite. Les idées délirantes, le délire onirique en particulier et les idées de persécution, ainsi que les hallucinations diverses, ne présentent pas une trop longue durée. Elles ont souvent disparu alors que l'état confusionnel est toujours assez marqué. Ce sentiment de peur, l'émotivité, l'irritabilité au contraire, ne disparaissent pas vite, l'émotivité même demeure le plus souvent bien que très diminuée.

Les troubles psychiques s'amendent donc d'une façon lente et par degré, sans à-coup. Mais si c'est là la règle, elle souffre toutefois des exceptions. C'est ainsi que nous avons observé une rétrocession brusque de tous les accidents psychiques à la suite de retour de règles subit après une longue période d'aménorrhée (observ. II).

Voilà ce qui se passe quand tout évolue normalement vers la guérison, et ces cas favorables sont heureusement des plus nombreux. Le plus souvent, la guérison est complète, mais la convalescence, très longue, doit être surveillée.

Mais il existe des cas où aucune amélioration ne se produit pendant de longs mois. Les troubles toxi-infectieux aigus s'amendent, puis disparaissent, tandis que l'état confusionnel persiste et devient chronique, ainsi que les idées délirantes qui finissent pas se systématiser ou tournent à l'incohérence démentielle.

La chronicité, dans ce cas, s'annonce par une disparition totale de la lucidité et l'accroissement de l'automatisme qui devient prédominant et se caractérise par la stéréotypie, les réactions impulsives sans cause apparente et sans but, l'incohérence. La désorientation persiste, le raisonnement est absurde quand il se produit. Les sentiments affectifs sont atteints puis disparaissent complètement. Quand la malade présente des moments de lucidité suffisante pour qu'on puisse l'interroger, on s'aperçoit qu'elle montre une indifférence totale vis-à-vis des personnes de son entourage et même de sa famille. Les troubles somatiques endocriniens persistent également: les règles ne reviennent pas, l'exophtalmie, le goître ne rétrocèdent pas non plus malgré l'opothérapie, mais ces troubles physiques sont relégués au second plan par l'état mental qui domine le tableau clinique.

Ces cas sont évidemment ceux qui présentent la plus grande gravité. Les perturbations psychiques suivent une évolution hébéphrénocatatonique et ne tardent pas à prendre tous les caractères de la démence précoce. On conçoit qu'il soit difficile, chez de pareilles malades, de

distinguer dès le début si on a affaire à des troubles psychiques simples d'origine endocrinienne ou à une démence précoce commençante, se dissimulant sous le masque d'un état confusionnel symptomatique.

C'est dans le même ordre d'idées que des auteurs ont pu parler de l'origine endocrinienne de la démence précoce et l'on voit que cette théorie est très défendable. Quoi qu'il en soit, le pronostic, dans les cas où l'évolution est trop longue, doit être réservé.

Entre les cas favorables et ceux qui passent à la chronicité à forme démentielle, il faut citer les cas de mort rapide par troubles suraigus, physiques et psychiques. La mort survient alors au milieu de grands désordres généralisés en dépit de tout traitement, soit par collapsus, soit par complication infectieuse ou traumatique.

Dans l'établissement du pronostic, nous devons, en définitive, considérer un certain nombre d'éléments.

L'état d'épuisement de la malade est, à ce point de vue, d'une très grande importance. Lorsque on se trouve en présence d'un état physique très déficient, consécutif au manque de soins, à une toxi-infection violente, la guérison sera beaucoup plus difficile et plus lente à obtenir. Si la malade est soignée dès le début, les chances de guérison sont d'autant plus grandes.

L'élément terrain ne doit jamais être négligé.

La plupart des confuses dont nous nous sommes occupé sont des prédisposées. Les antécédents sont souvent chargés. C'est ainsi qu'on a pu dire que de toutes les psychoses, les psychoses thyroïdiennes sont les plus héréditaires, nous pouvons ajouter que les psychoses ovariennes le sont également. Qu'il s'agisse d'une hérédité psychique ou bien, ce qui est plus séduisant, d'une

hérédité glandulaire comme le pense Laignel-Lavastine, le pronostic devient, de ce fait même, beaucoup plus réservé.

Moins l'hérédité est chargée, plus le pronostic est favorable.

L'élément temps joue également un très grand rôle. Nous avons déjà vu que les malades dont l'état ne présente aucune amélioration au bout de trois ou quatre mois au maximum, doivent être l'objet d'un pronostic mental et même *quoad vitam* très réservé. Une trop longue évolution est toujours de mauvais augure. Tout ce qu'on peut espérer dans ces cas, ce sont des rémissions, plus ou moins longues, avant la déchéance organique et surtout psychique complètes.

Le pronostic dépendra également de l'état de surveillance active dont la jeune fille sera l'objet.

Par suite de l'état confusionnel total, de la désorientation auto et allopsychique, de l'inadaptation à l'existence réelle de l'inconscience du danger, les malades peuvent, à chaque instant, être victimes d'accidents. L'incoordination de leurs gestes, les réactions violentes à forme d'accès de manie aiguë, seront cause parfois de traumatismes sérieux compliquant l'état d'épuisement organique. De là la nécessité de maintenir ces sujets au lit, de les empêcher de se nuire, sans jamais employer cependant les procédés de contention brutale.

Un autre élément de pronostic viendra du mode d'évolution des perturbations organiques thyro-ovariennes. Le persistance, après disparition complète des troubles mentaux, d'un ou plusieurs des symptômes suivants : l'aménorrhé ou la dysménorrhée, les bouffées de chaleur, les céphalées, le refroidissement des extrémités, ainsi que la torpeur, l'hyperémotivité, la tachy-

cardie, l'exophtalmie, l'hypertrophie thyroïdienne qui sont autant de signes de déséquilibre endocrinien thyro-ovarien, doit mettre en garde le psychiâtre contre une récidive possible et lui faire porter un pronostic réservé pour l'avenir.

La question du traitement nous retiendra enfin un instant comme élément du pronostic.

Comme tous les états pathologiques organiques, les psychoses d'origine thyro-ovarienne, guériront plus ou moins vite selon que leur sera fait ou non un traitement approprié et méthodique.

La surveillance signalée plus haut et qui fait partie du traitement, doit être continue et suffisante. Les soins les plus assidus doivent leur être prodigués pour combattre l'épuisement organique par tous les moyens. Nous examinerons dans le chapitre suivant sous quel angle on doit envisager le traitement de ce genre de psychoses. Signalons dès à présent que le pronostic dépendra en grande partie de la façon plus ou moins méthodique, plus ou moins rationnelle dont le traitement sera appliqué.

Pour conclure, nous dirons qu'en présence de troubles psychiques dont l'origine semble devoir être recherchée dans des perturbations concomitantes thyro-ovariennes, le pronostic sera plutôt favorable, mais ne doit être établi en définitive qu'en tenant compte de l'état d'épuisement, de l'hérédité, de l'évolution plus ou moins longue, de la persistance de troubles organiques thyro-ovariens, du traitement et de ses modes d'application.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

On ne doit jamais oublier qu'en principe les troubles psychiques liés aux perturbations thyro-ovariennes, constituent des affections essentiellement curables. Les sujets qui en sont atteints guérissent généralement, lorsqu'ils sont placés dans des conditions voulues. Il y a un moment critique où les troubles psycho-organiques tendent à s'amender et à disparaître ou bien passent à la chronicité, selon que ces conditions sont réalisées ou non. Or, nous disposons heureusement de moyens thérapeutiques efficaces et puissants ayant fait leurs preuves et nous serions coupables de ne pas les utiliser.

Il est un préjugé funeste répandu dans le peuple qui consiste à croire l'alinénation mentale incurable. Cette croyance est encore plus fausse en ce qui concerne les troubles psychiques que nous étudions. Car non seulement ces troubles sont guérissables, mais, à notre avis, les malades qui en sont atteints, ne doivent pas être considérés comme aliénés.

Quel sera le traitement qu'il faudra leur appliquer? Cette étude thérapeutique comprendra trois parties.

Dans la première partie, le principe qui nous gui-

dera, c'est d'agir sur tout l'organisme. Nous envisagerons donc un traitement général et symptomatique qui tendra surtout à relever l'état général déficient. Nous étudierons ainsi successivement:

1° Un traitement psychothérapique;
2° Un traitement hygiénique;
3° Un traitement diététique;
4° Un traitement médicamenteux.

Dans une seconde partie, notre étude portera sur le traitement pathogénique, le seul vraiment efficace.

Dans une troisième partie, nous examinerons la question d'internement des malades atteints de troubles psychiques d'origine thyro-ovarienne.

Traitement général symptomatique
en vue du relèvement de l'organisme épuisé

1° *Traitement psychothérapique.* — Son action est indéniable et très efficace, aussi bien sur les troubles psychiques thyro-ovariens que pour toutes les formes d'aliénation mentale. Avant d'énumérer les indications que ce traitement comporte, nous allons dire deux mots sur ce qu'il faut avant tout éviter.

Si, ce qui arrive malheureusement le plus souvent, la jeune malade a été internée dans un asile, il faudra avant toute chose éviter le contact avec les aliénées chroniques, les maniaques, les démentes dont les gestes, l'agitation, la verbigération impressionneront fortement un tempérament hyperémotif. Ce seul contact souvent suffit à faire passer à la chronicité et à la démence des troubles psychiques qui, sans cela, auraient très bien

pu guérir, l'état confusionnel de la jeune fille la rendant apte à subir les influences les plus diverses.

Physiquement, il ne faudra pas oublier que l'on se trouve en présence d'une toxi-infection. On devra donc éviter autant que possible l'emploi de médicaments toxiques, particulièrement de stupéfiants, l'opium et ses composés, excepté, dans des cas spéciaux que nous signalerons plus loin.

Quelles sont maintenant les indications? Il y en a deux essentielles: l'isolement et l'alitement qui rendront ainsi la surveillance beaucoup plus facile. Cette surveillance ne doit jamais se relâcher, car la confusion mentale, nous l'avons vu, expose à des actes dangereux et impossibles à prévoir, à cause des rapides variations de la pensée et de la désorientation totale qu'elle comporte.

Le personnel infirmier devra pour cela être bien stylé et en nombre suffisant. Il ne faudra pas permettre des visites trop fréquentes de parents ou amis qui seront souvent fatigantes et funestes et entraînent inévitablement un relâchement de surveillance qui peut être dangereux aussi bien pour la malade que pour ceux qui lui rendent visite. La compagnie sera réduite au personnel strictement nécessaire pour la garde et le traitement.

Le local sera bien aéré et suffisamment éclairé, car l'obscurité avive chez ce genre de confuses, les hallucinations et la peur.

L'alitement sera la règle. Nous l'avons constamment employé et les sujets s'en sont toujours bien trouvés. C'est là, en effet, un excellent procédé thérapeutique La surveillance peut s'exercer ainsi beaucoup plus utilement sur l'agitation désordonnée et permanente, d'où danger moindre de traumatisme. D'autre part, le repos

permet à l'organisme de se relever plus rapidement, combat la faiblesse et l'irritabilité. Les sollicitations du dehors étant aussi, dans l'alitement, moins nombreuses et moins variées, l'attention est moins distraite, le rôle de l'automatisme est diminué et le psychisme conscient reprend ainsi plus facilement son équilibre. L'alitement enfin prédispose au sommeil qui permet le repos du corps et de l'esprit et active la guérison.

Il faut gagner la confiance de ces malades, ce qui n'est pas chose facile à cause de l'hyperémotivité et de la peur. Il ne faudra jamais employer, à cause de cela, les procédés brutaux de contention et d'examen.

On essaiera de fixer l'attention qui est très atteinte par des exercices courts et simples, la lecture, un travail intellectuel léger. L'immobilité et l'hébétude seront combattues par des essais de conversation doux et patients. Il faudra agir progressivement. La lecture, l'écriture, les travaux physiques, la couture, ne seront permis que plus tard pour éviter l'ennui sans provoquer de fatigue.

2° *Traitement hygiénique.* — Il sera réalisé par l'hydrothérapie qui est un moyen thérapeutique de premier ordre, mais c'est une arme à double tranchant dont il faut se servir d'une façon méthodique et rationnelle. En général, la balnéothérapie froide ne sera pas employée excepté — avec précaution — dans la forme stuporeuse. La balnéation tiède produit d'excellents résultats sédatifs et hypnotiques. Il ne faudra pas cependant la prolonger trop longtemps. A l'inverse de ce que l'on fait chez les grands maniaques, le bain ici ne doit pas dépasser une heure, au début du moins.

Chez certains sujets, les douches écossaises, accom-

pagnées d'énergiques frictions alcoolisées, ont été suivies d'effets sédatifs très nets et de sommeil réparateur parfois.

La douche tiède, vive et de peu de durée combat la torpeur et l'hébétude. D'une façon générale, le bain tiède est préférable.

A l'hydrothérapie, le traitement hygiénique doit joindre la promenade, les exercices physiques légers, dès que l'état de la malade le permettra. Autant que possible, il faudra choisir un climat sédatif, une région avec horizon lointain pour activer la convalescence.

3° *Traitement diététique.* — La question de régime alimentaire joue un rôle considérable dans le traitement des psychoses thyro-ovariennes comme dans tous les état confusionnels symptomatiques.

Les malades frappent en effet par un état de dénutrition très accentué, d'une part, et l'existence d'une toxi-infection, d'autre part.

Il faudra donc les alimenter suffisamment sans que cela soit une cause d'intoxication nouvelle. Le plus souvent, la concomitance de troubles digestifs rend encore plus difficile l'établissement d'un régime alimentaire approprié. Il faudra lutter contre la toxi-infection: le lait sera un excellent aliment et activera la diurèse.

Le sucre joue le rôle d'aliment et de tonique.

Nous avons donné à certains sujets, qui refusaient toute nourriture, qu'il fallait alimenter à la sonde, trois litres de lait par jour avec 400 grammes de sucre, 150 grammes d'huile et un jaune d'œuf bien battu, répartis en trois fois, dans la journée.

Chez les sujets qui acceptent l'alimentation au sucre et au lait, il faut joindre le régime végétarien.

La viande ne sera donnée qu'avec précaution, et on devra s'abstenir, en période fébrile et en cas de troubles digestifs. Les œufs seront employés avec beaucoup de prudence.

Les compotes, les fruits cuits bien mûrs sont très bien tolérés : ils sont nourrissants et ont un effet laxatif favorable dans la constipation.

Tel sera, d'une façon schématique, le régime alimentaire des confuses intoxiquées par troubles thyro-ovariens.

L'état d'épuisement de l'organisme étant souvent très accentué, il ne faudra à aucun prix que l'alimentation soit insuffisante. Si la nourriture n'est pas acceptée spontanément, on n'hésitera pas à recourir à l'alimentation artificielle et systématique par gavage à la sonde.

Une nutrition largement suffisante peut seule, en effet, réparer de grandes pertes de l'organisme et son action dans ce genre de psychoses est aussi puissante que celle de la désintoxication.

4° *Traitement médicamenteux.* — Nous avons déjà dit qu'il ne faut y avoir recours qu'au cas de nécessité absolue, mais alors il ne faut pas hésiter.

La constipation, très fréquente dans les perturbations psycho-organiques de la thyroïde et de l'ovaire, se trouve aggravée par le repos au lit et le régime surtout lacté. On y remédiera au moyen de laxatifs et de cholagogues.

La rhubarbe, le calomel à doses filées seront utiles en cas de mauvais fonctionnement hépatique.

Le sulfate de soude à petites doses répétées agit favorablement sur les fonctions digestives ainsi que l'huile de ricin.

Nous préférons l'emploi de laxatifs à la méthode de purgatifs drastiques qui irritent une muqueuse intestinale déjà en mauvais état.

La diarrhée alternant avec la constipation est bien calmée par le sous-nitrate de bismuth et l'huile de vaseline. Le lavement glycériné et le lavage intestinal ont un effet salutaire sur la constipation et la diarrhée, en luttant contre les toxines du tube digestif.

La diurèse sera provoquée et activée par le lactose, la théobromine, la poudre de scille.

Pour stimuler l'état général, nous avons employé avec succès le cacodylate de soude, tantôt en injections sous-cutanées, tantôt en injections intra-veineuses jusqu'à 1 gramme par jour pendant une semaine.

Le glycérophosphate de soude, les gouttes amères en même temps que toniques, stimuleront l'appétit dans l'anorexie stuporeuse observée quelquefois.

Les injections de sérums physiologiques et glucosés sont très efficaces pour le relèvement de l'état général.

Dans l'état confusionnel poussé jusqu'à la stupeur, l'emploi de l'iode donnerait de bons résultats. Mignard conseille la teinture d'iode administrée à l'intérieur à dose progressive, allant de V à XX gouttes.

Comment combattre les états confusionnels avec accès d'agitation à forme de manie aiguë et délire onirique?

Il y a toute la gamme de stupéfinants si couramment employés et si mal à propos, souvent, dans les établissements d'aliénés. Ils ont un effet toxique, ce qui est évidemment fort ennuyeux chez des sujets qui déjà sont sous le coup d'une toxi-infection.

Mais les manifestations cérébrales exubérantes nécessitent une intervention énergique et rapide. Le bro-

mure de potassium, l'hydrate de chloral, le sulfonal, le véronal, le dial, seront employés pour éviter la dépense nerveuse énorme qui accroit l'épuisement organique. On cessera aussitôt l'usage des hynotiques qui aggravent l'hébétude, une fois la crise d'agitation calmée. Le maillot de contention ne sera que très rarement employé, en cas de nécessité absolue.

Enfin, comme procédé de désintoxication dans les états confusionnels des malades en question, on peut conseiller l'emploi des injections sous-cutanées d'oxygène préconisé par Toulouse et Puillet.

Ces divers procédés de traitement varieront selon l'état de chaque malade et les particularités psychiques et physiques qu'elle est susceptible de présenter. Comme dans beaucoup d'autres maladies, le clinicien doit ici savoir être éclectique.

Traitement pathogénique. — Dans les troubles en question, comme partout ailleurs, la grande règle qui doit régir la thérapeutique, sera de supprimer l'origine toxi-infectieuse afin de permettre à l'organisme de se relever.

Le traitement général dont nous avons parlé jouera un rôle très important, surtout quand le diagnostic n'aura pu encore être établi de façon certaine. Mais lorsque par des examens répétés et par des recherches cliniques, l'origine endocrinienne des troubles psychiques que nous étudions sera, sinon rigoureusement prouvée, du moins rendue très probable, c'est sur la cause qu'il faut porter l'effort principal de la thérapeutique, c'est-à-dire sur le dysfonctionnement thyro-ovarien.

Le traitement endocrinien peut être réalisé par trois procédés principaux :

1° L'opothérapie ;
2° La radiothérapie ;
3° Le traitement chirurgical.

1° L'*opothérapie* est, selon nous, le meilleur procédé thérapeutique. C'est celui que nous avons employé. Nous répèterons pour l'opothérapie, ce que nous disions pour la balnéothérapie : c'est une arme à double tranchant. Employée méthodiquement, rationnellement, elle donne souvent des résultats inespérés. Elle peut être inactive et même dangereuse quand elle est employée sans discernement, à l'aveuglette.

L'opothérapie vise, en effet, à introduire dans l'organime, des sucs et des extraits glandulaires d'animaux pour remédier à l'absence ou à la sécrétion insuffisante des glandes endocrines.

Ce serait par suite une absurdité thérapeutique et une faute lourde que de donner des extraits glandulaires à des malades alors que les glandes dont on veut remplacer ou stimuler les sécrétions internes, sont déjà en hyperfonctionnement.

Les résultats seront, dans ce cas, tout différents de ceux que l'on recherche et au lieu d'obtenir une amélioration des accidents psycho-organiques, on produit, au contaire, une aggravation.

En présence d'une glande endocrine dont le fonctionnement est défectueux, il faut, avant d'installer un traitement opothérapique, se rendre compte s'il s'agit d'insuffisance sécrétoire ou, au contraire, d'hypersécrétion.

C'est pourquoi, dans toutes nos observations, nous n'avons pas fait d'emblée, dès l'arrivée de la malade, de l'opothérapie thyro-ovarienne, nous avons au préalable exploré et interrogé les glandes avec tous les moyens dont nous disposions pour tâcher de pénétrer leur mode de dysfonctionnement.

Une fois établie, la nécessité d'un traitement opothérapique, nous avons procédé graduellement en commençant par de faibles doses pour augmenter par la suite en surveillant la malade de très près, cessant la médication au moindre signe inquiétant.

Dans l'insuffisance ovarienne constatée chez la plupart de nos confuses, accompagnée d'hyperthyroïdisme, nous avons donné de l'extrait total d'ovaire par voie digestive à la dose de début de 10 centigr. par jour pour arriver à 0 gr. 50. Le traitement était suspendu tous les dix jours, pour une semaine, et repris ensuite.

L'organothérapie, sous forme d'ovaire de brebis récemment abattue, a paru produire de bons effets, mais il n'a pas été possible de nous en procurer en quantité suffisante.

Il aurait fallu pouvoir combiner l'opothérapie ovarienne avec l'hémato-éthyroïdine pour combattre l'hyperfonctionnement de la thyroïde, ce qu'il nous a été impossible de réaliser. Mais nous avons observé que l'administration de l'extrait ovarien semblait agir aussi bien sur les troubles hyperthyroïdiens que sur ceux de l'insuffisance ovarienne, ce qui montre bien l'union étroite des deux glandes.

La médication par voie sous-cutanée avec de l'extrait ovarien liquide ne donnant pas de résultats meilleurs que l'extrait solide par voie gastrique et augmentant, d'autre part, par le seul fait de la piqûre d'aiguille

l'émotivité et les idées délirantes, a été abandonnée après quelques essais.

Son efficacité a été cependant constatée par de nombreux auteurs et elle est à conseiller chez les malades calmes.

L'opothérapie mixte thyro-ovarienne est tout indiquée dans le cas où l'insuffisance atteint les deux glandes, comme cela s'est produit dans les observations III et V.

L'opothérapie a été enfin utile chez la malade Marie M... citée dans l'observation I, pour préciser le diagnostic.

Qulelle soit simple ou mixte, l'opothérapie, dans les états confusionnels et délirants d'origine thyro-ovarienne, semble devoir être préconisée et employée davantage chaque jour. Elle vise la racine même du mal: elle ne saurait, par conséquent, être négligée. De nombreux auteurs ont signalé ces dernières années des résultats absolument probants obtenus par l'opothérapie simple ou mixte.

Blouquier de Claret et nous-même avons obtenu des résultats que nous avons signalés dans une communication à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier en juillet 1923.

Elle exige une technique précise, une surveillance rigoureuse. L'opothérapie thyroïdienne en particulier, intempestive ou exagérée, peut entraîner des troubles sérieux. Mme Jeanne Bon, dans sa thèse de Lyon, a décrit un délire thyroïdien vrai par intoxication opothérapique.

L'opothérapie ne peut faire disparaître la lésion glandulaire déjà établie, mais elle améliore et fait même cesser le trouble fonctionnel.

Aussi, bien que les troubles psychiques thyro-ovariens fassent plutôt partie d'une pathologie récente et dont le mécanisme est encore obscur, ce serait une faute que de négliger la méthode opothérapique et les avantages qu'elle comporte, entre autres d'asseoir un diagnostic hésitant.

Affirmer que les guérisons obtenues chez nos malades l'ont été par le seul fait de l'opothérapie glandulaire serait certainement téméraire d'autant plus que nous avons pu apprécier l'efficacité d'autres procédés thérapeutiques concomitants. Mais nous sommes en mesure d'affirmer que la médication thyro-ovarienne nous a donné des résultats très encourageants et nous rendons hommage à Harvier d'avoir signalé aux cliniciens de nombreuses indications opothérapiques permettant d'agir utilement dans la pathologie endocrinienne.

2° *Traitement radiothérapique.* — Si l'opothérapie doit venir au premier rang pour rétablir l'équilibre endocrinion rompu dans les perturbations psychiques d'origine thyro-ovarienne, il existe cependant un autre procédé thérapeutique également très récent et qui a déjà donné d'excellents résultats entre des mains expérimentées: c'est l'action des rayons X.

Nous n'avons pas appliqué chez nos malades la radiothérapie. Il n'est encore pas possible d'en déterminer toute la valeur comme procédé thérapeutique dans la pathologie endocrinienne: ce que l'on peut affirmer c'est qu'elle joue un rôle certain qui n'est pas à négliger.

Pierre Marie, Clunet, Raulot-Lapointe ont employé les rayons X comme procédé thérapeutique du goître exophtalmique et auraient obtenu des résultats très

intéressants par un traitement régulier avec de fortes doses de rayons très pénétrants.

C'est à ce point de vue surtout que la radiothérapie nous paraît utile dans le traitement des troubles psychiques thyro-ovariens pour combattre l'hyperthyroïdisme.

Nous devons cependant signaler les inconvénients de la radiothérapie. Seuls des radiologistes peuvent s'en servir afin que ce procédé thérapeutique ne provoque pas entre des mains inexpérimentées, une action trop brutale dans la modification des sécrétions internes de la thyroïde et de l'ovaire, ce qui amènerait le résultat contraire de celui attendu.

D'autre part, l'application des rayons X entraîne assez souvent des radiodermites rebelles.

Enfin, les rayons X n'agiraient que dans le cas d'hyperfonctionnement thyro-ovarien et non dans les « dysthymies », les dysovaries ainsi que les troubles en hypo.

La radiothérapie, pour rétablir l'équilibre endocrinien de la thyroïde et de l'ovaire, ne doit donc pas être comprise comme un procédé thérapeutique de premier plan.

Elle doit seulement être considérée comme une méthode adjuvante d'autres médications pouvant agir aussi bien sur l'insuffisance que sur l'hyperfonctionnement thyro-ovariens. C'est pourquoi l'opothérapie demeure toutes les fois qu'elle est applicable, la thérapeutique de choix.

3° *Traitement chirurgical.* — Ne nous semble pas indiqué comme procédé thérapeutique dans les troubles psycho-organiques que nous étudions. Des auteurs ont rapporté des cas intéressants. Laignel-Lavastine cite le

cas d'une jeune fille de 28 ans, présentant un goître avec signes d'hyperthyroïdisme et concomitance de troubles psychiques caractérisés par l'anxiété et des idées de suicide. Tous ces troubles auraient disparu après une intervention chirurgicale sur le corps thyroïde.

Nicolino Frédérici signale le cas d'une hystérie grave guérie par l'ovariectomie double. Mais, d'autres auteurs signalent également les méfaits du traitement chirurgical sur la thyroïde et l'ovaire. Mendoza Ricardo, en particulier, rapporte les observations de plusieurs jeunes filles ayant présenté des troubles psychiques hystériques, neurasthéniques ou hypochondriaques à la suite d'ovariectomie. D'une façon générale, le traitement chirurgical ne doit donc pas être conseillé. Il n'y aura d'exception que lorsque le dysfonctionnement thyro-ovarien résultera de ce que les glandes sont le siège de tumeurs malignes, évoluant rapidement avec menace de propagation aux organes voisins et de métastases.

Notre chapitre du traitement serait incomplet si nous n'envisagions dans une dernière partie la conduite à tenir en ce qui concerne l'*internement des jeunes malades atteintes de troubles psychiques liés à des troubles thyro-ovariens.*

Doit-on traiter la malade à domicile dans une maison de santé, à l'hôpital ou à l'asile ? Notre opinion, étant qu'il ne s'agit pas d'aliénées à proprement parler, leur place n'est point dans un asile. La question qui se pose en effet n'est plus ici celle du plus ou moins de soins dont elles seraient l'objet. A ce simple point de vue, au contraire, l'asile, mieux organisé, serait préférable. Mais en plein vingtième siècle encore, les préjugés n'ont pas disparu; de même que l'on croit commu-

nément que l'aliénation mentale n'est pas guérissable, de même une personne qui a été internée, verra toute sa vie peser sur elle la tare fâcheuse et suprêmement injuste qui se dégage de son internement. Les psychoses endocriniennes avec phénomènes aigus, fébriles, devraient donc être considérées, ainsi que toutes les maladies aiguës, comme des complications courtes et guérissables. Ne voit-on pas des fièvres typhoïdes, certaines fièvres éruptives, évoluer pendant des semaines avec des phénomènes ataxiques et délirants des fois très accentués? On ne soigne cependant pas ces sujets à l'asile. L'internement dans ces cas de confusion mentale par dysfonctionnement thyro-ovarien ne devrait donc jamais être envisagé, tout au moins pendant la période aiguë.

Il faut convenir que, dans les cas aigus avec confusion mentale et agitation très vive, on ne doit pas, dans l'intérêt vital de la malade, surseoir indéfiniment à un internement.

La solution dépend aussi, non seulement de l'état de la jeune fille, mais aussi des conditions sociales dans lesquelles celle-ci est placée. Il faut une surveillance continue, qui ne peut être obtenue souvent à domicile ou à l'hôpital.

Attendre et laisser la malade dans de mauvaises conditions, serait une faute lourde, vu l'état d'épuisement que l'on trouve chez ces intoxiquées, à qui il faut des soins rapides et assidus pour leur éviter le passage à la chronicité et à la démence.

Déjà on a parlé de sections spéciales dont seraient dotés soit l'asile, soit l'hôpital, dans lesquels on recueillerait les délirants aigus, afin de leur éviter l'internement.

Dans notre communication à la Société des sciences biologiques de Montpellier, en juillet 1923, Blouquier de Claret et nous-même, après avoir signalé les observations de deux jeunes filles que nous reproduisons dans notre thèse, apportions la conclusion suivante : « Il est à remarquer que ces deux formes de psychoses sont des manifestations passagères d'insuffisance endocrinienne et pour les malades de cette catégorie, il devrait exister des services spéciaux leur évitant l'internement ».

A la clinique de neuro-psychiâtrie de Montpellier, MM. les doyens Mairet et Euzière, professeurs et chefs de service, ont résolu la question en créant, à la clinique de neurologie, une annexe où les malades, principalement ceux atteints de psychoses aiguës et dont le diagnostic pathogénique n'est pas possible d'emblée, reçoivent des soins et la surveillance que nécessite leur état.

Cette initiative, toute à l'honneur de MM. Mairet et Euzière, est des plus heureuses et il serait souhaitable que l'exemple donné soit suivi dans tous les établissements de neuro-psychiâtrie en attendant que le législateur résolve la question de l'opportunité de l'internement concernant cette catégorie de malades.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire de certains troubles psychiques dus à des perturbations sécrétoires thyro-ovariennes, nous retirons les conclusions suivantes :

1° La thyroïde et l'ovaire constituent deux glandes fonctionnellement en relation étroite. Il n'est pas encore possible de déterminer le mécanisme intime de ces relations. Elles apparaissent plus nettement aux grandes étapes de la vie génitale féminine : à la puberté en particulier.

A ce moment, par suite de déviations ou d'insuffisances sécrétoires, apparaissent parfois des perturbations psychiques plus ou moins graves, selon le degré de prédisposition présenté par la malade.

2° Les troubles endocriniens thyro-ovariens de la puberté se caractérisent *physiquement* par des symptômes

locaux au niveau de la thyroïde et de l'ovaire qui font penser à des perturbations sécrétoires de ces glandes vérifiées par les épreuves tests, et par un épuisement organique accentué et des désordres généraux affectant plus particulièrement l'appareil digestif. *Psychiquement,* par les symptômes pathognomoniques de psychoses toxi-infectieuses, le syndrome suivant : confusion mentale, idées délirantes et phobies étant très fréquemment observé.

3° Les troubles endocriniens thyro-ovariens s'accompagnent de troubles sympathiques. C'est une preuve de la liaison étroite entre le système neuro-végétatif et le système endocrinien.

4° Le caractère aigu et passager des psychoses thyro-ovariennes qui s'accompagnent d'autre part de phénomènes toxi-infectieux manifestes, permet de penser que les troubles sécrétoires thyro-ovariens donnent naissance à ces psychoses en déterminant une intoxication générale de l'organisme, affectant particulièrement l'écorce cérébrale chez des prédisposés héréditaires.

5° Les troubles thyro-ovariens sont décelables chez celles qui en sont atteintes avant l'époque de la puberté et l'apparition nette de troubles psychiques. Bien que notablement amendés, on les retrouve le plus souvent après la disparition de ces mêmes troubles psychiques; on a donc le droit de penser qu'ils jouent un rôle important dans la genèse des psychoses de la période pubérale.

6° Le rôle de l'hérédité est indéniable. Il y a une prédisposition de terrain évidente. Mais on peut penser que cette prédisposition héréditaire est elle-même d'origine glandulaire thyro-ovarienne.

7° Les perturbations psychiques de la puberté d'ori-

gine thyro-ovarienne, sont le plus souvent passagères et guérissables avec une thérapeutique appropriée.

Les malades qui en sont atteintes ne doivent pas être considérées comme des aliénées et il serait désirable de prévoir, pour les soigner, la création de services ouverts leur évitant ainsi l'internement qui laisse injustement peser sur elles une tare sociale.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Troubles psychiques de la puberté liés à des troubles endocriniens thyro-ovariens,

Par M. TAVIANI (Auguste)

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Le Professeur,
EUZIÈRE

Vu :
Montpellier, le 29 octobre 1924
Le Doyen,
EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 30 octobre 1924.

Le Recteur,
Jules COULET

BIBLIOGRAPHIE

Abrami-Kindberg, Kotoni. — Syndrome et insuffisance pluri-glandulaire. Lésions prédominantes de l'ovaire. *Rev. de méd.*, an XXXI, n° 8, 10 août 1911.

Alaize. — Du rôle de la fonction interne de l'ovaire. *Thèse de Montpellier*, 1906.

Alamartine. — La sécrétion interne de l'ovaire; le corps jaune, la glande interstitielle. *Gaz. des Hôpit.*, 14 et 21 mars 1908.

Austregesilo, Pinheiro et Marquès. — *L'Encéphale*, 1913, 1er septembre, p. 150.

Bastian. — Epilepsie thyroïdienne. *Revue neurologique*, 1903.

Biros. — Les psychoses d'origine thyroïdienne. *Thèse de Lyon*, 1904.

Blouquier de Claret et Taviani. — Troubles mentaux et insuffisances endocriniennes. *Sciences médicales et biolog. de Montpellier*, séance du 13 juillet 1923.

Bon (Mme J.). — Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne spécialement par intoxication médicamenteuse. *Thèse de Lyon*, 1912-13, n° 29.

Bourneville. — Idiotie myxœdémateuse, 1880.

Borberg. — N. C. Histologische untersuchungen der indokrinen. Drusen bei psychosen. *Arch. f. Psychiatrie*, Berlin, 1921, LXIII, 391-461.

Brown-Séquard. — Des effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré des testicules frais de cobaye et de chien. *C. R. de la Société de Biologie*, 13 juin 1889, XLI, 415-419.

Carleton Dederer. — Un cas d'aménorrhée complète avec symptômes singuliers. Démonstration chirurgicale de l'étiologie ovarienne. *Endocrinology*, t. IV, n° 2, p. 229, avril-juin 1920.

Carpenter. — The hormone equation or the psychoses. *Med. Rec.* N.-Y., 1916-6, 843-46.

CLAUDE, BERNARD (Mlle) et PIEDELIÈVRE. — Contribution à l'étude des troubles de l'équilibre endocrinien. *Paris médical*, 14 septembre 1920.

CLAUDE et GOUGEROT. — Des syndromes d'insuffisance pluriglandulaire. *Revue de médecine*, 1908.

CLAUDE BERNARD. — Leçons de physiologie expérimentale, 1855. — Leçons de pathologie expérimentale, 1880.

COMBEMALE (H.). — Troubles mentaux et sécrétion ovarienne, 1901. — Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 17 décembre 1923.

CORDARO. — *Annali del Manicomio*, Messine, 1922.

COULAUD (E.). — Opothérapie ovarienne et goître. *Ann. de médec.*, déc. 1923.

DALCHÉ. — Les dysovariens. *Progrès médical*, Paris, 1924, 3 s. XXXV, 398-400.

DALMAS. — Troubles psychiques dans le goître exophtalmique. *Thèse de Paris*, 1909.

DAMAYE. — Troubles mentaux et sécrétions internes. *Eléments de neuropsychiâtrie*, Malloine, éd., 1923, p. 129.

DAVIDENKOF. — Syndrome catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. In *Encéphale*, 10 août 1911.

DAVIDSON (H.-S.). — Epilepsie ovarienne et son traitement par l'ovariotomie. *Edimburg med. journal*, vol. n° 2, février 1910, p. 125.

DELASIAUVE. — Cas de goître exophtalmique compliqué d'accidents nerveux et psychiques. *Société de biologie*, 27 novembre 1874.

DIDE (Maurice), d'Auxerre. — Les glandes vasculaires sanguines chez les aliénés. Congrès de Dijon, 1908.

DOBRICK. — Opothérapie ovarienne chez sept aliénés. V^e^ Session de la Société de psychiâtrie de l'Allemagne du Sud. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LVI, f. 1-2, mai 1899.

EUZIÈRE et MARGAROT. — Hyperthyroïdie et syndrome épileptique. *Société des sciences médicales de Montpellier*, mai 1913.

FEDERICI (Nicolino). — Forme grave de l'hystérie guérie par l'ovariectomie bilatérale. *Riforma méd.*, t. XXXIII, n° 19, p. 519, 12 mai 1917.

FRAITIN et GRENIER DE CARDENAL. — Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, avril 1912, XXII[e] session.

GARBINI. — *Annali del Manicomio provinciale di Perugia*, janvier-décembre 1910, fasc. 1-4.

GLEY. — Les sécrétions internes. *Actualités médicales*, 21[e] édit., J.-B. Baillière et fils, 1921.

— *Revue de médecine*, an. XXXIV, n° 3, 10 mars 1914.

— Les étapes de l'endocrinologie et son état actuel. *Revue générale des sciences pures et appliquées*, Paris, 1922, XXXIII, 638-645.

GŒTSCH. — Adrénalline hypertensitiviness in clinical stats of hyperthyroidiens. *New-York Stats Med. Journal*, 1918, XVIII, n° 7

GRIEDENBERG (V.-C.). — La maladie de Basedow et l'épilepsie. *Neurol. Journal mensuel de la Société de neuropathologie et de psych. de Karkow*, 1919.

GUELMA (E.). — Opothérapie thyroïdienne et épilepsie. *Revue de méd.* an XXXII, p. 25, 10 janvier 1913.

GUITTON. — Contribution à l'étude des symptômes épileptiques dans les états thyroïdiens. *Thèse de Montpellier*, 1913.

GULL. — Etat crétinoïde chez l'adulte, 1873.

HALLION. — Sur les rapports fonctionnels thyro-ovariens. *Revue pratique de biologie appliquée*, juillet 1924, p. 193.

HAMMAR (Aug.). — Le psychisme au point de vue endocrinien. *Folia neurobiologica*, t. XII, n° 2, p. 209-230, 1922.

— *Revue neurologique*, 1924, p. 184.

HARROVER. — Hyperthyroïdisme, 1922, R. C.

HORAND, PUILLET et MOREL. — *Gazette des Hôpitaux*, 5 nov. 1922.

HOXIE (George-Howard). — Confusion mentale et ovaires. *Endocrinology*, t. II, n° 2, p. 101, avril-juin 1918.

ISAAC OCHOTERENA et RAMIREZ (Eliseo). — Origine et évolution des cellules interstitielles de l'ovaire et signification des différentes sécrétions internes de l'ovaire. *Endocrinology*, t. IV, n° 4, p. 541, oct.-déc. 1920.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. *XIII[e] Congrès de médecins aliénistes et neurologistes*, Dijon, août 1908.

— Vues déjà anciennes sur le rôle du sympathique en pathologie mentale. *Journ. de psych. normale et path.*, Paris, 1923, XX, 180-183.

— Les troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XVI, n° 3, p. 204-227, mai-juin 1908

— Les psychoses thyroïdiennes. *Questions neurol. d'actual. Vingt conférences faites à la Faculté de méd. de Paris*, 1921.

— *Revue de psychiâtrie*, n° 9, sept. 1908.

— *Société de psych.*, 16 oct. 1919. *L'Encéphale*, 1919, décembre, numéro 10-12.

Lazarevitch de Belgrade. — Syndrome thyro-ovarien de la ménopause et opothérapie ovarienne. *Journal de méd. de Bordeaux*, 25 février 1924.

Levi Bianchini. — Les épilepsies menstruelles. Recherches sur l'influence de la menstruation sur les accès épileptiques. L'ovariotomie proposée comme traitement médical des épilepsies menstruelles. *Arch. di psich. e il manicornis*, an XXV, n° 1-2, 1909.

Levi (Léopold) et Rotschild (H. de). — Neurasthénie thyroïdienne S. N. F., 10 janvier, *Revue N.*, 1907, p. 82.

— Des syndromes psychonerveux thyroïdiens. Congrès de Dijon, 3-8 avril 1908, *Rev. neur.*, 1908, p. 861.

— Psychasténie par instabilité thyroïdienne et hypo-ovarie. Succès de l'opothérapie associée. *Congrès de Dijon*, août 1908

— *Endocrinologie*, Doin, 1911.

Lipschütz. — Die Pübertatsdruse und ihre virkungen. Berne, E. Bucher, 1919.

Lundborg. — *Centralblatt f. nervenheilkunde und psychiatrie*, 28e année, t. XVI, 15 avril 1905.

Mairet, Blouquier de Claret et Taviani. — Aliénation mentale et azotémie. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Montpellier, 24 juillet 1922.

Maranon. — *Boletin de la Societad Espanola de Biologia*, t. VIII, n° 36, p. 47, mai-juin 1918.

— *Revista clinica di Madrid*, 1911-12.

— Un signe constant d'hyperthyroïdisme. *Revista espanola de medicina e cirugia*, nov. 1917. Soc. médicale des hôpitaux de Paris, déc. 1922.

MARCHAND (L.). — Influence de l'ovariotomie sur l'épilepsie. *Société méd.-psych.*, 28 juin 1920.

MENDOZA (Ricardo). — A propos de troubles nerveux et mentaux causés par l'ovariectomie. *Rivista di psiquiatria y disciplinas conexas*, Lima, t. II, n° 2, p. 97, oct. 1919.

MÜNZER. — Uber die Bedeutung der inneren secretion f. die psychiatrie. *Arch. f. Psych.*, Berl., 1921, LXIII, 530-550.

NAAMÉ. — Opothérapie endocrinienne. Ses applications journalières, Paris, 1922, p. 74.

NOBÉCOURT. — *Le Monde médical*, 17 octobre 1919, n° 559.

OBRÉGIA, PARHON, URECHIA. — *L'Encéphale*, 10 février 1913, n° 2, p. 113.

PARHON (C.). — Recherches sur le poids du corps thyroïde chez les aliénés de différentes catég. *Congrès de méd. aliénistes et neurol.*, Tunis, 17 avril 1912.

— *Congrès international de neurologie et de psychiâtrie de Gand*, 20-26 août 1913.

— Recherches sur les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la pathologie mentale, 1910.

— Un cas de mélancolie avec hypertrophie de la thyroïde succédant à la ménopause. *R. N.*, 1906, p. 640.

— et STOCKER (Mme). — Observations histopathologiques sur la glande thyroïde chez les aliénés. *Bull. et mém. de la Société de neurol. psych. et psychi. de Jassy*, n° 5-6, 1921.

— Recherches anatomopathologiques sur la glande thyroïde dans les psychoses affectives. *Bull. et mém. de la Société de neurol. psychiatre et psych. de Jassy*, n° 1-2, 1920.

— et ODOBESCO. — *L'Encéphale*, 10 juin 1914, n° 6.

— et URECHIA (C.-J.). — Quelques considérations sur l'influence de la menstruation sur la fréquence des accès d'épilepsie. *Journal de neurologie*, 5 déc. 1908.

— et MATUESCO (Mlle) et TUPA. — *L'Encéphale*, 1913, p. 139-235-441.

PARISOT et RICHARD. — Les glandes endocrines, leur valeur fonctionnelle. Méthode d'exploration et de diagnostic. Librairie Oct. Doin, éditeurs, 1923.

— Le « signe de la thyroïde » chez les insuffisants thyroïdiens. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1922, I, 496-500.

Pellacani. — *Rivista italiana di neuropatologia psichiatria e elettroterapia*, avril 1912, fasc. 8.

Phillips. — Goître et psychose. *Journal of men. science*, 1919, n° 65, p. 235-248.

Poussepe et Bechterew. — *Arch. de neurol.*, juillet-août 1912.

Ramadier. — Quelques considérations sur le goître et sa fréquence chez les aliénés de l'Aveyron. *Congrès de médecine mentale de la Rochelle*, 1894.

— et Marchand (L.). — La glande thyroïde chez les aliénés. *L'Encéphale*, août 1908, p. 121.

Rebattu, Mollon, Sedaillan. — Epilepsie et fonctions ovariennes. *Société méd. des hôp. de Lyon*,, 27 juin 1922.

Régis et Chevalier-Lavaure. — *Congrès de médecins aliénistes de La Rochelle*, 1894.

Régis. — *L'Encéphale*, 1911, p. 319.

— *Congrès de médecins aliénistes*, Dijon, août 1908. Discussion du rapport de Laïgnel-Lavastine.

Reinhold. — Nouvelle communication sur le traitement thyroïdien chez les aliénés porteurs de goître. *Munch. med. Woch.*, 1895. p. 1205.

Remond et Voivenel. — *L'Encéphale*, 10 février 1911, n° 2, p. 113.

Renon (Louis) et Delille (Arthur). — Insuffisance thyro-ovarienne et hyperactivité hypophysaire. Troubles acromégaliques. Amélioration par l'opothérapie thyro-ovarienne, 1908.

Reverdin. — Myxœdème post-opératoire aigu, 1882.

Robertson. — Sur la maladie de Graves avec aliénation mentale. *Journal of mental sc.*, 1er trimestre, 1875.

Roque. — Troubles de sécrétion des glandes vasculaires sanguines. *Clinique orale*, 1911.

Roubinovitch. — Société de psychiâtrie, 19 juin 1913. *L'Encéphale*, II, p. 71.

Ruggles. — Internal secretion and mental disease. *Providence med. journal*, 1916, XVII, 240-251.

Saint-Florian. — Contribution à l'étude de l'opothérapie thyroïdien. *Thèse de Bucarest*, 1905.

Sainton. — Des troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne. In *Encéphale*, mai-août 1906.

Sainton, Schulmann et Besançon. — La glycémie, l'hyperglycemie provoquée chez les sujets atteints de goître exophtalmique. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 22 juillet 1921.

Séglas. — Maladie de Basedow et mélancolie. *Société médicale psych.*, juillet 1890.

Sollier et Chartier. — Opothérapie ovarienne et hypophysaire dans certains troubles mentaux. *Rev. de neurol.*, 1908, t. XVI.

Souques. — *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 25 nov. 1913.

Tenchini. — Morphologie de la glande thyroïde chez les aliénés. *Congrès internat. d'anthrop.*, Turin 1906, *Revue N.*, 1907, p. 386.

Tilmant (A.). — Des relations du goître exophtalmique avec l'insuffisance ovarienne. *Presse méd.*, n° 18, p. 164, 27 mars 1919.

Tomaschny. — *Neurologie centrale*, 1909.

Toulouse et Marchand. — De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques. Soc. de biologie, 18 févr. 1899 et *Rev. de psych.*, 1899, p. 80.

Trepsat. — *L'Encéphale*, 1908, I, p. 486.

Tucker (B.-R.). — The internal. secretions in thie relationship to mental disturbance. *Am. J. Psychiatrie*, Balt., 1922-23, II, 259-272.

Widal, Teissier et Roger. — Pathologie des glandes endocrines. Troubles du développement. *Nouveau traité de Méd.*, VIII, 1923.

William et Berkeley. — Monthly cyclopedia and medical. *Bulletin Philadelphie*, janvier 1914.

Wiesel. — Les altérations endocriniennes de la puberté. *Klinische Wochenschrift*, 1923, n° 25.

Woodberg. — Parallèle entre les méthodes employées pour déceler l'intoxication thyroïdienne. *Journal of the and med. Ass.*, 3 avril 1920.

Wright. — Relation of thyroïd to confusional insanity and melancholia. *Kentucky medical journal*, juillet 1919, p. 271.

Zalla. — Contribution à l'anatomie pathologique de la glande thyroïde et de l'hypophyse dans quelques maladies mentales et nerveuse. *L'Encéphale*, an IV, 10 octobre 1909, p. 286.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie dHippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS..... 7

HISTORIQUE ET INTRODUCTION..... 10

CHAPITRE PREMIER. — Essai de compréhension des rapports fonctionnels thyro-ovariens..... 28

CHAPITRE II. — Exposé des observations..... 36

CHAPITRE III. — Interprétations d'ensemble des observations..... 81

CHAPITRE IV. — Etiologie et essai pathogénique.. 83

CHAPITRE V. — Diagnostic..... 98

CHAPITRE VI. — Evolution et pronostic..... 107

CHAPITRE VII. — Traitement..... 113

CHAPITRE VIII. — Conclusions..... 129

BIBLIOGRAPHIE..... 132

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
19, AVENUE DE TOULOUSE
MONTPELLIER